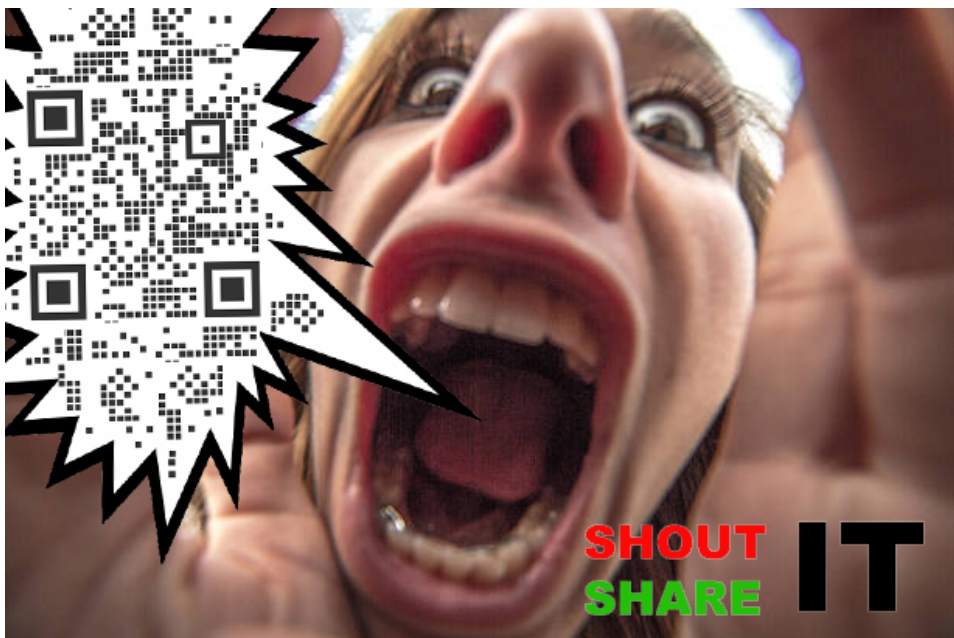


Д. Н. Исаев
Т. А. Колосова

ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОЛОГИИ

УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА



Annotation

Специальному психологу необходимо знать своеобразие психического развития умственно отсталого ребенка. Знание особенностей психического развития поможет психологу квалифицированно решать задачи психологической коррекции и сопровождения учеников специальной (коррекционной) школы VIII вида. Семинарские и практические занятия, формирующие у студентов интерес к теории и практике специальной психологии, способствуют углублению знаний в этой области. В пособии представлены следующие разделы для изучения психологии умственно отсталых детей и подростков – «Систематика состояний умственной отсталости», «Диагностика лиц с умственной отсталостью», «Расстройства поведения у детей и подростков с умственной отсталостью», «Особенности восприятия у детей и подростков с умственной отсталостью», «Развитие умственно отсталых детей и подростков» и др. После каждой главы, где в кратком изложении дается теоретический материал, приводятся вопросы и задания для самостоятельной работы, а также список рекомендуемой литературы. Пособие адресовано студентам медицинских и педагогических вузов, аспирантам, дефектологам и практикующим специалистам.

- [Дмитрий Николаевич Исаев, Татьяна Александровна Колосова](#)

- ☐
- ☐ [Предисловие](#)
- ☐ [Глава 1](#)
- ☐ [Глава 2](#)
- ☐ [Глава 3](#)
- ☐ [Глава 4](#)
- ☐ [Глава 5](#)
- ☐ [Глава 6](#)
- ☐ [Глава 7](#)
- ☐ [Глава 8](#)
- ☐ [Глава 9](#)
- ☐ [Глава 10](#)
- ☐ [Глава 11](#)
- ☐ [Глава 12](#)
- ☐ [Глава 13](#)
- ☐ [Глава 14](#)

**Дмитрий Николаевич Исаев, Татьяна
Александровна Колосова
Практикум по психологии
умственно отсталых детей и
подростков. Учебное пособие для
студентов медицинских и
педагогических вузов**

Авторы:

Д. Н. Исаев – д-р мед. наук, проф. кафедры клинической психологии Института специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, Заслуженный деятель науки РФ.

Т. А. Колосова – канд. психол. наук, Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, директор Центра дополнительного образования.

Предисловие

Вниманию студентов медицинских и педагогических вузов предлагается пособие «Практикум по психологии умственно отсталых детей и подростков». Усвоение предмета «Психология лиц с умственной отсталостью» имеет большое теоретическое и практическое значение. Специальному психологу, работающему с умственно отсталыми школьниками, необходимо знать своеобразие психического развития умственно отсталого ребенка. Знание особенностей психического развития такого ребенка поможет специалисту квалифицированно решать вопросы психологической коррекции при сопровождении учеников коррекционной школы VIII вида.

Ценность изучения умственной отсталости для будущих психологов трудно переоценить. Значительное число инвалидов детства – 31,3 % (2001) – связано с нарушением умственного развития. За последние 10 лет это число увеличилось почти до 40 %. Среди инвалидов детства группа умственно отсталых лиц самая многочисленная (53,7 %). Умственно отсталые дети и подростки нуждаются в психологическом сопровождении в коррекционных детских садах, школах, интернатах. Личность умственно отсталого человека требует защиты от насмешек, презрения, издевательств и эксплуатации со стороны окружающих. Их родители, в свою очередь, испытывают потребность в консультациях, поддержке и психотерапии. Специальному психологу предстоит позаботиться также о нормализации положения умственно отсталых лиц в обществе, подготовив, в частности, общественное мнение к приему взрослых отстающих в развитии людей на производстве, в учреждениях, на транспорте, в местах досуга и т. д.

Углублению знаний в области специальной психологии способствуют семинарские и практические занятия, формирующие у студентов интерес к теории и практике специальной психологии, в частности к психологии умственно отсталого ребенка и подростка.

В пособие включены такие темы по изучению психологии умственно отсталых детей и подростков, как «Систематика состояний умственной отсталости», «Диагностика лиц с умственной отсталостью», «Расстройства поведения у детей и подростков с умственной отсталостью», «Особенности восприятия у детей и подростков с умственной отсталостью», «Развитие умственно отсталых детей и подростков» и др.

После каждой главы, где в кратком изложении дается

теоретический материал, приводятся контрольные вопросы и задания для самостоятельной работы, а также список рекомендуемой литературы. Большое место в пособии отводится на самостоятельную работу студентов. После ряда глав приводятся задания для самостоятельного изучения психических процессов, эмоционального состояния и личностных особенностей умственно отсталых школьников. Занятия могут проводиться непосредственно в коррекционной школе под руководством психолога-методиста, преподавателя или самостоятельно.

Кроме этого, в конце каждой главы приводятся примерные темы рефератов. При работе над ними студенты могут использовать как рекомендуемую, так и дополнительную литературу (предпочтительно обратить внимание на литературу, изданную за последние 15 лет). Работа над рефератом позволит студентам не только самостоятельно повторить изученный материал, но и будет способствовать повышению поисковой активности.

Мы надеемся, что данное учебное пособие поможет не только в усвоении курса «Психология лиц с умственной отсталостью», но и при подготовке к государственному экзамену и при написании дипломной работы.

Авторы

Глава 1

Содержание понятия, определение умственной отсталости

Определение. Психическое недоразвитие (умственная отсталость) – совокупность этиологически различных наследственных, врожденных или рано приобретенных стойких, непрогрессирующих синдромов общей психической отсталости, проявляющихся в затруднении социальной адаптации главным образом из-за преобладающего интеллектуального дефекта (Исаев Д. Н., 2003).

Ж. Эскироль (1843) впервые дал определение врожденного слабоумия и охарактеризовал его как нарушение развития, а не как заболевание. Описывая умственную отсталость, В. Вильбур (1852) утверждал, что она определяется главным образом по социальным и моральным критериям. Эта концепция упорно сохраняется и теперь вплетается в систему противоречивых представлений о роли социальной адаптации и интеллекта в определении того, что понимать под умственной отсталостью.

Успехи генетики привели Л. С. Пенроуза (1949) к мысли о том, что умственная дефективность является в основном наследственно обусловленной и связана прежде всего с нарушениями, имеющимися в генах человека.

У нас в стране в середине XX в. представления медиков об олигофрении сужаются. Ее понимают как «вид недоразвития сложных форм психической деятельности, который возникает либо при поражении зачатка, либо вследствие органического поражения центральной нервной системы на разных этапах внутриутробного развития плода, либо в самом раннем периоде жизни ребенка».

К концу прошлого столетия основными критериями умственной отсталости считают: 1) тотальность психического недоразвития с преобладанием слабости абстрактного мышления при меньшей выраженности нарушений предпосылок интеллекта и относительно менее грубом недоразвитии эмоциональной сферы; 2) непрогредиентность интеллектуальной недостаточности, являющейся следствием нарушения онтогенетического развития, а также непрогредиентность вызвавшего недоразвитие патологического явления (Ковалев В. В. с сотр., 1995).

При умственной отсталости далеко не всегда имеет место

тотальность и преимущественное недоразвитие фило- и онтогенетически наиболее молодых систем мозга. Психическое недоразвитие может быть обусловлено преобладающим поражением более древних глубинных образований, которые препятствуют накоплению жизненного опыта и обучения (Исаев Д. Н., 1982).

Зарубежные представления об этиологии и проявлениях олигофрении расширяются, название «олигофрения» изменяется на «умственную отсталость». Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое, в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Отсталость может развиваться вместе с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него. Однако у умственно отсталых индивидов может наблюдаться весь диапазон психических расстройств, частота которых среди них по меньшей мере в 3–4 раза выше, чем в общей популяции. Адаптивное поведение нарушено всегда, но в защищенных социальных условиях, где обеспечена поддержка, это нарушение у больных с легкой степенью умственной отсталости может совсем не иметь явного характера (МКБ-10, 1992).

При формулировании определения умственной отсталости возникает вопрос, что важнее: оценка познавательной активности или адаптивное функционирование? Одни авторы рассматривают низкий интеллектуальный коэффициент (IQ) как основу умственной отсталости и относятся к адаптивному дефициту как зависящему от низкой когнитивной активности. Из практики же видно, что у лиц, имеющих низкие оценки IQ, неприспособленное повседневное поведение совсем не обязательно. Другие авторы – пропагандисты адаптивного поведения доказывают, что познавательное и приспособительное функционирование независимо одно от другого. По их мнению, отсутствие связи между IQ и адаптивным поведением может быть особенно явным у лиц с легкой интеллектуальной недостаточностью. Третьи, однако, находят определенные корреляции между познавательным и адаптивным поведением, особенно у лиц с умеренной или глубокой отсталостью. Таким образом, IQ может быть основой верхней границы приспособительных механизмов, что разрешает, по крайней мере, некоторые противоречия в рассуждениях об относительной важности этих двух конструктов.

Определение Американской ассоциации по исследованию умственной отсталости (AAMP, 2002) не рассматривает

умственную отсталость как неотъемлемую характеристику людей, но как взаимодействие индивидов и их окружения. Это определение пренебрегает традиционной нозологией, основанной на уровне познавательного дефицита (умственная отсталость может быть легкой, умеренной, тяжелой, глубокой). Вместо этого оно предлагает 4 уровня *поддержки* со стороны окружения: периодическую, ограниченную, экстенсивную, интенсивную в десяти различных сферах приспособления к жизни (здоровье, безопасность, самообслуживание, досуг). Например, вместо постановки индивиду диагноза «умеренная умственная отсталость» новое определение указывает, что лицо имеет периодическую потребность в поддержке в здоровье и безопасности, ограниченную потребность в самообслуживании и т. д. В новом определении этой ассоциации умственная отсталость обозначается как «значительное ограничение настоящего функционирования» (Lukasson et al., 1992). Умственная отсталость проявляется в виде затруднений в обучении и в осуществлении повседневных житейских навыков, а также в виде затруднений, связанных с реализацией основных способностей личностей – концептуального, практического и социального интеллекта. Вместо традиционных степеней умственной отсталости предлагаются периодическая, ограниченная, расширенная и глубокая формы, которые устанавливаются на основании изучения адаптивных навыков (Моргачева Е. Н., 1999).

Эпидемиология умственной отсталости. Заболеваемость умственной отсталостью наблюдается у 3 % живорожденных детей; люди с умственной отсталостью составляют 1 % всего населения. Распространенность этого недуга постоянно увеличивается. За период с 1991 по 2000 г. число впервые выявленных умственно отсталых детей и подростков возросло с 77,6 до 139,8 на 100 тыс. населения, т. е. произошло увеличение на 80,2 %. Амбулаторный контингент умственно отсталых детей и подростков за это же время увеличился на 18,1 % (Гурович И. Я. с сотр., 2002). Среди инвалидов детства 53,7 % умственно отсталых (Прокопенко Л. А., 1995). Число инвалидов-олигофренов среди детей за 15 лет увеличилось в 4,8 раза.

Соотношение мужчин и женщин среди умственно отсталых – 1,5: 1. У 85 % пациентов с таким диагнозом – легкая умственная отсталость (IQ от 50–55 до 70), т. е. они могут получить начальное образование и овладеть несложной профессией. Около 10 % имеют умеренную умственную отсталость (IQ от 35–40 до 50–55), они способны приобрести несложные знания и навыки. Около 3–4 % страдают тяжелой умственной отсталостью (IQ от

20–25 до 35–40) и около 1–2 % – глубокой умственной отсталостью (IQ ниже 20 или 25), у них не развиты предпосылки интеллекта (Kaplan H. I., Sadock B. J., 1996).

Теории происхождения умственной отсталости.

Эндогенные (внутренние) причины.

Изменение наследственных структур (генные и хромосомные мутации) – наиболее частые причины умственной отсталости. Все хромосомные формы умственной отсталости, связанные со структурными перестройками, являются последствиями либо частичных трисомий (трех одноименных хромосом вместо двух), либо частичных моносомий (одной вместо пары хромосом). Распространенность хромосомных болезней среди новорожденных составляет 0,5 %. У человека мутации возникают постоянно – это естественный процесс, связанный с *возрастом* родителей и *семейным предрасположением*, что может быть связано с нарушением генетического контроля над делением клеток. Кроме того, мутации могут происходить и под влиянием *физических* (ионизирующая радиация: электромагнитные излучения, гамма- и рентгеновые лучи), *химических* (инсектициды, гербициды, формальдегид, ароматические углеводороды) и *биологических* (вирусы гепатита, гриппа, краснухи, кори, ветряной оспы, свинки и др.) факторов.

Эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ. Причиной отставания в умственном развитии ребенка может быть, например, *диабет* матери. Если у матери содержание *фенилаланина* в крови выше 30 мг/л, у ребенка возникает фенилкетонурия. *Перезревание половых клеток*, т. е. комплекс изменений в них, происходящий от момента их полного созревания до момента образования оплодотворенной клетки. *Возраст родителей.* Частота рождений детей с трисомиями 13, 18 или 21 у женщин в возрасте 30–34 лет составляет 1 случай на 510 новорожденных; в возрасте 40–44 лет 1 на 63; старше 45 лет 1 на 24. Частота трисомий зависит и от возраста отцов. Основной причиной возрастного фактора является старение половых клеток, увеличение частоты мутаций.

Экзогенные (внешние) причины.

Среди причин, вызывающих нарушение созревания плода, известно более 400 вредностей. Так как во внутриутробном периоде ЦНС плода особенно чувствительна, то именно ее повреждения могут привести к психическому недоразвитию (70–90 %). *Внутриутробные инфекции* становятся его причиной в 4–5 % случаев тяжелой и 1 % случаев легкой умственной отсталости. Наиболее часто встречающиеся *химические вредности*,

приводящие к интеллектуальному дефекту, – свинец и алкоголь. В 9 % случаев умственной отсталости ее причиной могут стать механические *повреждения мозга*, возникшие при прохождении родовых путей. Другой причиной может быть недостаток снабжения мозга *кислородом* (гипоксия), обусловленный тяжелыми болезнями матери, неправильным положением плода, слишком быстрыми или очень затяжными родами (3/4 всех случаев, связанных с внешними вредностями). В первые годы жизни наиболее частой причиной умственной отсталости оказываются *менингиты и энцефалиты, тяжелые интоксикации, черепно-мозговые травмы*, реже – *состояния клинической смерти, тяжелое истощение* (от 5 до 25 %).

В происхождении *тяжелых степеней умственной отсталости* участвует комплекс наследственных и серьезных внешних факторов (нейроинфекции, травмы). Они нарушают развитие плода и формирование мозговых структур.

За возникновение *легкой степени умственной отсталости* ответственно и *сочетание* факторов, обычно не поддающееся разделению: семейно-генетические особенности и отрицательные воздействия среды: биологические вредности (действующие внутриутробно, в родах и в раннем возрасте), а так же культурно-семейные факторы, препятствующие развитию интеллекта по генетическим программам. Происхождение части группы легко умственно отсталых индивидов связано с генетическими факторами. У другой части таких индивидов наблюдается недостаток сенсорной стимуляции в связи с социальной (материнской) *депривацией* в раннем возрасте.

Патогенез умственной отсталости подчиняется *хроногенному фактору*. Он заключается в том, что различные вредности, как генетические, так и средовые, воздействуя в один и тот же период развития мозга, способны вызывать в нем сходные нарушения. Наряду с этим одинаковые факторы, поражающие мозг на разных этапах его формирования, могут привести к различным изменениям. То, как отреагируют структуры мозга, зависит от его анатомо-функциональной зрелости. При поражении мозга плода *в первые 4 недели беременности* наблюдаются грубые нарушения развития *всего организма*. Действие вредности в период *от 4 недель до 4 мес. беременности*, когда формируются органы и ткани, может проявиться в патологии не только мозга, но и в *пороках развития органов и систем* (сердца, желудочно-кишечного тракта и др.). Воздействие вредности *во второй половине беременности*, когда формирование всех органов уже завершено, проявляется как изменения в поздно развивающихся *структурах мозга*. В последние недели беременности и в родах гипоксия,

интоксикация и черепно-мозговая травма могут привести к внутричерепным кровоизлияниям.

Генетическая программа создает лишь схему возможных нейронных объединений в мозгу; функциональная же система из нейронов возникает благодаря воздействию внешних стимулов во время чувствительного периода. Деятельность нейронов меняется под влиянием поступающей информации, а ее недостаток в раннем периоде развития может привести к психическому недоразвитию. Одно и то же наследственное заболевание может проявляться различно: либо только в форме умственной отсталости, либо в сочетании с речевыми или другими психическими и соматическими расстройствами.

Задания для самостоятельной работы

Контрольные вопросы

1. Кто первый дал определение и охарактеризовал врожденное слабоумие как нарушение развития, а не как заболевание?

- а. Ф. Пинель.
- б. Ж.-Э. Эскироль.
- в. В. Вильбур.

2. Каковы основные критерии умственной отсталости по В. В. Ковалеву?

- а. Стойкость психических нарушений.
- б. Резидуально-органическое происхождение.
- в. Тотальность психического недоразвития с преобладанием слабости абстрактного мышления, непрогредиентность интеллектуальной недостаточности.

3. Определение умственной отсталости по МКБ-10

- а. Значительное ограничение настоящего функционирования.
- б. Умственная дефективность является наследственно обусловленной.

в. Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, характеризующееся нарушением способностей, проявляющихся в период созревания.

4. Распространенность умственно отсталых лиц легкой степени

- а. Легкая степень умственной отсталости отмечена у 85 % всей популяции лиц, отстающих в развитии.
- б. Легкая степень умственной отсталости отмечена у 15 % всей популяции лиц, отстающих в развитии.
- в. Легкая степень умственной отсталости отмечена у 5 % всей

популяции лиц, отстающих в развитии.

5. Эндогенные (внутренние) причины умственной отсталости

а. Изменение наследственных структур, эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ.

б. Внутриутробные инфекции, химические и физические вредности, действующие в эмбриональном периоде развития.

в. Менингиты и энцефалиты, тяжелые интоксикации, черепно-мозговые травмы, приобретенные после рождения.

6. Экзогенные (внешние) причины умственной отсталости

а. Изменение наследственных структур, эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ.

б. Менингиты и энцефалиты, тяжелые интоксикации, черепно-мозговые травмы, приобретенные после рождения.

в. Внутриутробные инфекции, химические и физические вредности, действующие в эмбриональном периоде развития.

7. Алкоголизм родителей и его влияние на развитие детей

а. Не влияет.

б. Создает трудности в процессе воспитания.

в. Алкоголизм родителей вызывает алкогольную эмбриопатию, которая выражается в нарушениях формирования тела, падении сопротивляемости к болезням и расстройстве психических функций (аффективно-волевые расстройства, снижение интеллекта).

8. Последствия энцефалитов у детей до 3-летнего возраста а.

Никаких видимых последствий после перенесенного энцефалита быть не может.

б. Имеющиеся последствия не отличаются по проявлениям от психогенных расстройств.

в. Умственная отсталость, может быть в сочетании с нарушениями речи, церебрастенией, неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами, эпилептиформными припадками, неврологическими нарушениями.

9. Психическая депривация детей

а. Неправильное воспитание детей.

б. Недостаточность и непоследовательность материнской заботы с элементами пренебрежения.

в. Отказ матери от ребенка.

10. Диагностика умственной отсталости

а. Измерение коэффициента интеллектуальности психологическими методиками.

б. Производится по оценке успеваемости или по способности к усвоению навыков.

в. Комплексная, на основе клинических, психологических, педагогических и социальных исследований.

11. Общие симптомы умственной отсталости

а. Тотальность психического недоразвития с преобладанием недостаточности абстрактного мышления.

б. Неспособность к овладению школьными навыками.

в. Отсутствие критичности, недоразвитие памяти выражены более, чем утрата запаса знаний и представлений, а расстройства эмоций, воли и влечений не всегда соответствуют интеллектуальному дефекту.

12. Этиология умственной отсталости

а. Наследственные, врожденные и рано (до 3-летнего возраста) приобретенные факторы.

б. Мутация генов.

в. Последствие перенесенных психических заболеваний.

13. Патогенез умственной отсталости

а. Нарушения формирования мозга в критические периоды его внутриутробного развития.

б. Поражение мозга инфекционными и другими заболеваниями.

в. Хромосомные aberrации.

14. Степени умственной отсталости

а. Показатель выраженности психического недоразвития: глубокая (идиотия), тяжелая (выраженная имбецильность), умеренная (легкая имбецильность), легкая (дебильность).

б. Характеристика типа интеллектуального дефекта (тотальный, частичный).

в. Оценка времени возникновения умственной отсталости (наследственная, врожденная, приобретенная).

Темы рефератов

История развития учения об умственной отсталости.

Этиология умственной отсталости.

Генетические и хромосомные формы умственной отсталости.

Эмбриопатии.

Классификации умственной отсталости.

Клиническая характеристика степеней умственной отсталости.

Легкая степень умственной отсталости.

Умеренная степень умственной отсталости.

Тяжелая и глубокая степень умственной отсталости.

Литература

Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков.

СПб.:

Речь, 2003. *Ковелев В. В.* Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995.

Глава 2

Вклад детской психиатрии в учение об умственной отсталости

Научный интерес к детским психическим болезням в России появился в начале XIX в. Впервые были описаны душевные заболевания у детей Е. Н. Смельским, С. Ф. Хотовицким (1847) и др.

Первые работы об умственно отсталых в России – «Очерки об истории нищенства» И. Г. Прыжова с социальным анализом их положения и «Ученики с медленным пониманием»

Н. А. Добролюбова (1858), где описана психология таких детей и даны рекомендации по их обучению. Первое лечебно-педагогическое учреждение для умственно отсталых и эпилептиков в России было открыто в 1854 г. Ф. Плацом в Риге.

На первой российской психиатрической кафедре, открытой в 1857 г. в Медико-хирургической (ныне – Военно-медицинской) академии, были заложены основы развития детской психиатрии в нашей стране. Основатель этой кафедры И. М. Балинский начал изучение олигофрении. Его преемник И. П. Мержеевский, зачинатель исследования соматического происхождения психических расстройств, доказал, что психическое недоразвитие – не атавизм, а следствие болезней головного мозга (1871).

Супруги И. В. и Е. Х. Маляревские создали до того несуществовавшую детскую психиатрическую службу и медицинскую педагогику. В 1882 г. они открыли врачебно-воспитательное заведение для аномальных и психически больных детей. С 1904 г. это дело продолжал их сын М. И. Маляревский. Б. В. Томашевский (1892), сопоставляя симптоматику с анатомическими данными, установил возможность хронического течения воспалительных заболеваний головного мозга, обуславливающих слабоумие.

О судьбе умственно отсталых и психически больных детей, которые бродяжничали, лишались свободы из-за отсутствия необходимых учреждений, писали В. И. Яковенко (1897), И. А. Сикорский (1904), П. И. Ковалевский (1906). С. С. Корсаков (1893) изучал у детей микроцефалию и состояния «преходящего слабоумия».

Педология (наука, всесторонне изучавшая детей), возникшая в России в 1904 г. (А. П. Нечаев, Н. П. Гундобин, В. И. Вартанов), дала еще один импульс развитию детской психопатологии.

Рождение детской психиатрии как самостоятельной науки относится к началу XX в. В. М. Бехтеревым в Петербурге (1908) был создан Психоневрологический институт с детским отделением при нем, где работали его ученики и последователи, внесшие большой вклад в детскую психиатрию, – Р. Я. Голант (1927), С. С. Мнухин (1929) и др. Там Н. М. Щелованов разработал объективный метод изучения физической и психической эволюции ребенка; К. И. Поварнин (1911) изучал воспитание человека с первых дней его жизни; Б. И. Воротынский и Н. Н. Тарасевич развивали детскую психологию и экспериментальную педагогику, а А. В. Владимирский, И. Г. Оршанский и др. – детскую психоневрологию.

За обязательное обучение психически отсталых детей и организацию школ для них боролись Е. К. Грачева (1902), О. Б. Фельцман (1912), Н. П. и М. П. Постовские (1908), Н. В. Чехов (1923). С 1906 г. в Москве стали организовываться вспомогательные классы и школы, которыми руководили упомянутые энтузиасты. Эти ученые, а также А. Н. Граборов (1915), Л. С. Выготский (1924) и др., изучая психическое здоровье детей, создавали фундамент возникавшей специальности – дефектологии. В 1907 г. В. П. Кащенко открыл школу-интернат для обучения умственно отсталых детей. Он изучал социальную среду, в которой они воспитывались, и разрабатывал способы охраны их психического здоровья. А. С. Грибоедов (1914), изучая «дефективных детей», разрабатывал принципы воспитания и обучения их в семье и школе. А. Ф. Лазурский методом естественного эксперимента исследовал индивидуальные особенности детей. К 1911 г. вспомогательные классы уже были созданы во многих городах России. В 1904 г. были организованы специальные исправительные колонии для малолетних преступников, а в Петербурге в 1910 г. начал заседать первый детский суд.

Г. И. Россоломо, учредивший Московский институт детской психологии и неврологии (1911), возглавил работу группы психопатологов, в которую вошли С. Я. Рабинович, И. М. Присман, А. Д. Суркова, Ф. Д. Забугина и др. Г. И. Россоломо в 1910 г. разработал «психологический профиль», предназначенный для количественной оценки основных особенностей души ребенка – психического тонуса, точности и прочности восприятия и ассоциативных процессов.

В 1912 г. А. Н. Бернштейн описал такие случаи раннего слабоумия, «когда больные рождаются на свет с готовой болезнью». Г. Я. Трошин в книге «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормального и

ненормального» (1915) показал разницу между олигофреническим и постпсихотическим слабоумием. Эти расстройства он анализировал сравнительно-возрастным методом.

Психиатр В. А. Гиляровский исследовал порэнцефалию при идиотии (1908), доказав ее травматическое и сосудисто-воспалительное происхождение, занимался положением «ненормальных детей в России» (1915), «лечением и призрением душевнобольных и дефективных детей» (1919), открыл клинику для психически больных детей (1922). В своем руководстве он описал олигофрению, шизофрению, маниакально-депрессивный психоз и эпидемический энцефалит у детей.

М. О. Гуревич (1927) опубликовал первый в нашей стране учебник по психопатологии детского возраста. Он и его сотрудники Н. И. Озерецкий (1924), Е. А. Осипова (1925), Г. Е. Сухарева (1925) – основатели детской психиатрии. В эти годы детских психиатров было еще очень мало, в связи с этим, как уже было сказано, детскую психопатологию формировали педиатры и педагоги, работавшие с аномальными детьми. Именно этим можно объяснить три направления в развитии отечественной детской психиатрии.

Одно направление было тесно связано с педологией и дефектологией. Это направление не было успешным, так как не обеспечивалось общепсихиатрической основой, развивалось без достаточной клинической базы, хотя и обогащалось экспериментально-психологическими исследованиями. Его представители рассматривали большинство отстающих детей как необратимо дефектных.

Другое направление, связанное с общей психиатрией, было более плодотворно в связи со скрупулезным изучением симптоматики и динамики болезней, сосредоточением не столько на дефекте поражения, сколько на сохранившихся структурах психики, а также в связи с осознанием того, что у больных детей обратимые состояния встречаются чаще, чем стойкие.

Третье направление, обязванное своим происхождением педиатрии, чаще и лучше других увязывало нервно-психические расстройства детей с соматической патологией и видело обратную зависимость – соматизацию нервно-психических заболеваний в детском возрасте. Становление детской психиатрии находилось в зависимости от степени изученности соматического здоровья детей, понимания педиатрами психических расстройств при телесных заболеваниях, с одной стороны, и приближения психиатрической помощи к населению, с другой.

В 1920—1940-е гг. одной из самых важных задач детской медицины была проблема соматических заболеваний и психических расстройств при них. Изучению соматогенных расстройств при пороках сердца, ревматизме, кори, дизентерии, гриппе, туберкулезе, токсоплазмозе, сифилисе, менингоэнцефалитах, дистрофии и стойких последствиях, следующих за ними, посвятили свои исследования М. О. Гуревич (1925), В. В. Ковалев (1959), Н. И. Озерецкий (1934), Е. А. Осипова (1934), Г. Е. Сухарева (1928) и др.

В 1950—1960-е гг. превалировали исследования резидуально-органических психических расстройств у детей, что определялось трудностями их диагностики, отсутствием эффективного лечения и в связи с этим частым возникновением инвалидизирующих нарушений. Большую роль в приоритете этих исследований сыграла невозможность в то время изучения генетических и психологических аспектов психических заболеваний. Последствиям перенесенных менингоэнцефалитов, травм головного мозга были посвящены работы М. О. Гуревича (1948), Э. С. Калижнюк (1978), К. М. Кандаратской (1936), С. С. Мнухина (1968), М. С. Певзнер (1934), М. В. Соловьева (1933), Л. С. Юсевич (1940) и др.

Значительная распространенность судорожных явлений в детстве определила интерес к ним преимущественно в 1960—1980 гг. Были изучены наследственная предрасположенность, этиопатогенез и возрастные особенности клиники детской эпилепсии. Наибольший вклад в решение этих проблем вложили Г. Б. Абрамович (1972), Г. И. Берштейн (1936—1958), А. И. Болдырев (1990), А. Г. Земская (1971), В. К. Каубиш (1965), С. С. Мнухин (1929—1972), К. А. Новлянская (1957), М. А. Успенская (1962), Р. А. Харитонов (1961).

В течение всех предшествующих десятилетий неуклонно увеличивалась распространенность состояний общего психического недоразвития – стойкого инвалидирующего недуга. Необходимость борьбы с ним требовала его многостороннего изучения. В результате были исследованы этиология, клиника психического недоразвития в зависимости от возраста и выявлены особенности динамики дефекта, разработана проблема задержек психического недоразвития. Особенно много в этом направлении сделали Д. И. Азбукин (1936), Л. С. Выготский (1925), Л. В. Занков (1932), Е. С. Иванов (1968), Д. Н. Исаев (1965), А. Р. Лурия (1956), К. С. Лебединская (1969), В. И. Лубовский (1963), Г. С. Маринчева (1969), С. С. Мнухин (1945), Н. И. Озерецкий (1929), М. С. Певзнер (1949), Г. Е. Сухарева (1965), В. П. Эфроимсон (1962) и др.

В настоящее время большое достижение детской психиатрии – интерес к этой проблеме, возобновившийся после Т. П. Симсон, изучавшей нервно-психические расстройства раннего возраста (1924). Это направление позволяет изучать ребенка как часть диады – совместно с матерью, благодаря этому лучше понимать факторы, влияющие на формирование психики, и воздействовать на семью при наличии отклонений, что сулит большие возможности для психопрофилактики нарушений психического развития и лечения. К числу наиболее интересных работ в этом направлении относятся исследования Л. Т. Журбы, Е. М. Мастюковой (1981), Е. И. Кириченко (1982), И. А. Козловой (1967), Г. В. Козловской (1995), А. К. Панасюк, А. Ю. Панасюка (1972), Н. В. Римашевской (1989), Л. А. Чистович, Е. В. Кожевниковой (1993).

Приведенный обзор показывает, что еще в начале XX в. не было отечественной детской психиатрии. За сто лет, опираясь на достижения многих дисциплин, и в первую очередь на общую психиатрию, педиатрию, педологию и детскую психологию и др., она прошла путь от собирания фактов до формирования собственных представлений и обобщающих теорий о психических расстройствах и умственной отсталости. Сегодня, будучи самостоятельной наукой, детская психиатрия вносит большой вклад в создание служб психического здоровья, предупреждение психических заболеваний и их лечение, продолжая в то же время проникать в суть психических расстройств и отклонений в развитии.

Задания для самостоятельной работы

1. Первые работы в области изучения психических заболеваний у детей.
2. Основные направления в развитии детской психиатрии.
3. Первые организаторы психиатрической службы.
4. Организация помощи умственно отсталым.
5. Вклад психиатров в развитие детской психиатрии.
6. Роль психологов и педологов в развитии учения о психических болезнях детства.
7. Основные проблемы детской психиатрии и их разработка.
8. Хронологические этапы формирования детской психиатрии.

Литература

Замский У. С. Умственно отсталые дети. История изучения, воспитания и обучения с древних времен и до середины XX в. М.: НПО «Образование», 1995.

Исаев Д. И. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003.

Сорокин В. М. Специальная психология. СПб.: Речь, 2003.

Глава 3

Систематика состояний умственной отсталости

С самого начала изучения врожденного слабоумия исследователи были убеждены в его многообразии. Известно, что уже в начале XVII в. Ф. Платтер выделил из числа душевнобольных лиц с разными степенями нарушений интеллекта и лиц с врожденным помешательством, названным им глупостью. Таким образом, он, по мнению Х. Замского, был первым, кто выделил среди душевных заболеваний формы, характеризующиеся стойкими нарушениями интеллекта.

Ж.-Э. Эскироль (1838) систематизировал слабоумие по времени его возникновения. Именно он сравнил идиотию с бедняком, который никогда не имел богатства, а приобретенную деменцию с состоянием постепенно разоряющегося богача. Он также создал первую классификацию слабоумных по степени выраженности интеллектуального дефекта, разделив их на *идиотов, имбецилов и умственно отсталых*. Он полагал, что идиотия – врожденное состояние, умственная отсталость – приобретенное, а имбецильность может быть и врожденной, и приобретенной. Эскироль также систематизировал слабоумных на основании одного их ведущих симптомов – степени развития речи. Эта систематика уже позволяла хотя бы отчасти предсказывать перспективы развития и приспособления слабоумных.

Необходимость деления умственно отсталых индивидов по выраженности их слабоумия определяется возможностью делать предсказания о способности к обучению и адаптации, так как одни способны к овладению некоторыми простейшими школьными навыками, а другие даже не могут обслужить себя. Однако большая часть авторов уже не довольствуется только одним критерием и использует для этой цели и другие показатели, но главным все же остается степень тяжести интеллектуальной неполноценности.

Классификация Американской ассоциации по изучению психического недоразвития складывается из шкал для оценки интеллекта и поведения. С помощью первой выделяют умственную отсталость пограничную легкую, умеренную, «тяжелую» и «глубокую», а по средством поведенческой шкалы оценивают степень нарушения так называемого адаптивного

поведения (Heber R., 1959).

Морфологические классификации появились в связи с тем, что многие авторы возражали против исключительно наследственного, дегенеративного происхождения умственной отсталости, придя к выводу о возможности ее возникновения в связи с прижизненными или внутриутробными поражениями (Burnewille D., 1894; Meynert T., 1892).

По мнению Р. Yakovlev (1961), умственная отсталость – нарушение организации человеческого поведения, обусловленное структурными изменениями. Особенно страдает при этом человеческая организация двигательного опыта (символизация мысли, языка и ручного труда – «правшества»), связанная с супралимбическим мозгом, что характерно для индивидов с дебильностью. У лиц с имбецильностью не развивается полностью языковая функция (бедность символического содержания мысли) и ограничивается развитие ручной умелости. Идиотии свойственно отсутствие символизации вообще.

Разнообразие симптоматики умственной отсталости послужило причиной появления классификаций, созданных на основе психологических и клинических признаков. Г. Я. Трошин (1915) приводит следующие типы умственно отсталых индивидов: апатичных, ажитированных, сенситивных, боязливых и т. д. Эти характерологические особенности однако не могут быть существенными признаками психической отсталости, по которым можно было бы рекомендовать лечение, обучение и оценивать прогноз.

Для классификации умственной отсталости используют особенности личности: ригидность психики, отвлекаемость, автоматизм реакций, повторяемость их, «недостаток структуры» и т. д., выделяют 4 типа умственной отсталости: агрессивный, подозрительный, покорный и апатичный (Frankenstein C., 1964).

С расширением знаний о причинах психического недоразвития возникли этиологические классификации. Примером может быть классификация С. Benda (1952), который выделил 3 группы: 1) умственно отсталых, являющихся крайним вариантом низкого «физиологического» интеллектального уровня у биологически нормальных личностей; 2) семейных олигоэнцефалов с умственной отсталостью и не значительными соматическими нарушениями, в происхождении которых играют роль как генетические факторы, так и отчасти факторы среды, выявляющие наследственное предрасположение; 3) индивидов с последствиями различных органических поражений ЦНС, родовых травм, инфекций, метаболических нарушений и травматических повреждений мозга в раннем возрасте.

Выделение лиц с «физиологической» умственной отсталостью игнорирует границы между нормой и патологией. Если умственные способности и социальная адаптация удовлетворяют определениям умственной отсталости, то следует уже говорить о патологическом состоянии.

Систематика по этиологическому принципу получила развитие в многостепенных этиопатогенетических классификациях. Одна из первых патогенетических этиологических классификаций принадлежит W. Strohmayer (1926), который две основные группы психической отсталости делил на отдельные формы в зависимости от разных критериев (особенностей развития, времени поражения, этиологических факторов и др.).

Работы цитогенетиков, и в первую очередь J. Lejeune, J. Book (1959), C. Ford (1959), открыли пути для понимания роли хромосомных нарушений в этиологии психического недоразвития. Достижения генетики нашли отражение в одной из наиболее детально разработанных этиопатогенетических группировок – в классификации G. Jervis (1959), основанной на том, что психическое недоразвитие – остановка или задержка умственного развития, которая возникает в результате наследственных причин, заболеваний или других повреждений до подросткового возраста. Все состояния психического недоразвития дифференцируются им на 2 группы: физиологическую и патологическую умственную отсталость. Последняя группа, в свою очередь, подразделяется на эндогенные и экзогенные формы. Положительная сторона этой систематики – научно обоснованное выделение большинства форм и подробная разработка их. Ее недостаток – непомерное расширение умственной отсталости за счет постпроцессуальных (шизофренических) состояний, органической (энцефалитической) и эпилептической деменции, прогрессирующих заболеваний и «физиологической» формы.

В классификации Г. Е. Сухаревой (1965) эндогенная, эмбриопатическая и экзогенная олигофрения выделяются в отдельные группы в связи с концепцией автора о зависимости характера поражения от времени воздействия этиологического фактора, его качества и тяжести. Внутри каждой группы проводится дифференциация по этиологии: 1-я группа обусловлена патологией генеративных клеток родителей; 2-я группа связана с вредностями, действовавшими в течение внутриутробного периода (эмбрио- и фетопатии); в 3-ю группу входят формы, которые были обусловлены повреждением центральной нервной системы в перинатальном периоде или в

первые 3 года жизни. В этой систематике в некоторых случаях учитываются особенности психопатологических картин. Четкое отграничение понятия «олигофрения» лишает эту классификацию недостатков, свойственных многим зарубежным систематикам. Однако ее стройность нарушается введением так называемых атипичных форм, которые правильнее было бы описывать в рамках одной из трех предлагаемых ею групп олигофрении.

Этиопатогенетические группировки вполне приемлемы для клинических исследований, лечения, профилактики, но для социального прогноза или для оценки обучаемости детей они недостаточны. Ценность этиопатогенетических классификаций снижается еще и потому, что в них не учитывается возможность возникновения тождественных психопатологических проявлений при различных причинных факторах.

Для целей социального и педагогического прогноза умственно отсталых индивидов систематизировали также на основе их способностей к социальной адаптации или обучению. Так, были созданы классификации С. Ingram (1953) и J. Gandreau (1966), которые оценки интеллектуальной неполноценности и степени социальной приспособленности (посредством определения IQ) дополняют изучением способности к обучению. Они выделяют, в частности, детей, способных к обучению в массовых или вспомогательных школах, способных только к приобретению навыков самообслуживания или вовсе не поддающихся воспитанию.

Более подробно разработанная группировка выделяет детей «субнормальных», а среди них – «корректируемых отсталых», «тупых», или «некорректируемых отсталых»; «очень тупых», или с выраженными затруднениями в обучении в связи с психической неполноценностью. «Необучаемые», в свою очередь, подразделяются на «воспитуемых» и «невоспитуемых» (Cleugh M., 1957).

L. Kanner (1949) делит умственно отсталых на 3 типа. К первому типу – с «абсолютным слабоумием» – он относит индивидов с «действительными» нарушениями познавательных, эмоциональных и конструктивно-волевых способностей. Их могли бы признать психически неполноценными во всех «культурных» условиях. Эти люди не способны к не зависящему существованию. Другим типом – с «относительным слабоумием» – он называет такие состояния, в которых психическая неполноценность определяется своеобразием «культуры», т. е. функциональный уровень психики этих субъектов варьирует в зависимости от требований жизни. Только школьные требования цивилизованного общества заставляют признать их умственно

отсталыми людьми, тогда как в сельских условиях они могут быть неплохими тружениками. Третий тип – «кажущееся слабоумие»; сюда включаются субъекты, которые психометрически могут оцениваться иначе, нежели в жизни, в зависимости от благоприятных или неблагоприятных обстоятельств.

Нейродинамические сдвиги при умственной отсталости легли в основу систематики С. С. Мнухина (1948, 1961), который использовал для этого клинико-физиологический анализ. Он выделил особую группу неравномерного психического недоразвития, в которую вошли дети, не способные к усвоению школьных навыков. Им было сформулировано представление об астенической, стенической и атонической формах олигофрении. Критериями для этой классификации, помимо клинических, послужили и конституциональные особенности высшей нервной деятельности, на основе которых развивается та или иная форма психического недоразвития.

Д. Н. Исаевым с сотрудниками (1967, 1970) были выявлены клинические, экспериментально-психологические, биохимические и электроэнцефалографические доказательства не толь ко выделенных форм психического недоразвития, но и описана еще одна форма, разграничены и подробно изучены клинические варианты всех четырех форм. Установлена зависимость между клиническими формами и недоразвитием определенных структур мозга.

Клинико-физиологическая классификация умственной отсталости

Астеническая форма Варианты					Дисфорическая форма	Атоническая форма Варианты			Стениче- ская форма Варианты
Дислалический	Диспрактический	Дисмнестический	Основной	Брадиспихический		Аспонтанно-апатический	Акатизический	Мориоподобный	Уравновешенный Неуравновешенный

М. С. Певзнер (1959) разделила больных олигофренией на 5 форм, основываясь на особенностях их нейродинамики. Она

полагала, что у одних детей имеется распространенное нарушение подвижности основных нервных процессов без расстройства их равновесия, при этом недоразвитие познавательной деятельности не сопровождается грубым поражением какого-либо из анализаторов или расстройством эмоционально-волевой сферы. Основным же патогенетическим механизмом является диффузное поверхностное поражение коры. У других детей-олигофренов значительно преобладает тормозной или возбуждательный процесс либо ослаблены оба. В этих случаях недоразвитие познавательной деятельности ею связывается с глубоким расстройством корковой нейродинамики, что проявляется у больных нарушением поведения и резким снижением работоспособности. Позже М. С. Певзнер (1967) увязывала формы олигофрении не только с особенностями нарушений нейродинамики, но и с поражением некоторых областей мозга (лобной, теменно-затылочной и слухоречевой).

J. Clausen (1966) на основании многофакторного анализа сенсорных, моторных, перцептивных и сложных психических функций, клинического и электроэнцефалографического исследований приходит к выводу, что между «психологическим и поведенческим типом умственной отсталости» и структурой поражения может быть выявлена определенная зависимость. Расстройство функционирования ретикулярной формации может быть ответственно за те типы психического недоразвития, при которых нарушены «общие способности». Расстройство деятельности и ретикулярной формации, и кортикофугальных связей приводит к типам недоразвития, отличающимся недостатком внимания, контроля усилий и ответной инициативы, нарушениям моторики. Гиперфункция таламокортикальной проекционной системы ответственна за развитие у умственно отсталых лиц гиперреактивности. Результаты этой работы подтверждают, что между этиологией психического недоразвития и ее симптоматикой нет прямых корреляций. А это указывает на то, что систематика умственной отсталости возможна только при изучении клинико-физиологических корреляций, так как симптомы являются внешним выражением тех или иных нейродинамических сдвигов.

Для понимания происхождения психического недоразвития и систематизации его форм Г. К. Ушаков (1973), а затем и В. В. Ковалев (1979) использовали понятие дизонтогенеза. Были выделены 2 типа психического дизонтогенеза: ретардация (стойкое психическое недоразвитие) и асинхрония (неравномерное, дисгармоническое развитие, при котором одни психические проявления отстают, а другие опережают возрастной уровень

развития).

С 1999 г., в России используется Международная классификация болезней (МКБ-10) от 1992 г. В разделе /F70-F79/ «Умственная отсталость» для систематики рекомендуется использовать следующие рубрики:

Умственная отсталость легкой степени (F-70);

Умственная отсталость умеренная (F-71);

Умственная отсталость тяжелая (F-72);

Умственная отсталость глубокая (F-73).

Четвертый знак применяется для определения выраженности поведенческих нарушений, если они не обусловлены сопутствующим (психическим) расстройством – нарушением поведения. Если известна этиология умственной отсталости, то следует использовать дополнительный, пятый знак: пренатальные или постнатальные инфекции, интоксикации; механическая травма или гипоксия (асфиксия) при родах; фенилкетонурия; болезнь Дауна; гипотиреоз; врожденная аномалия головного мозга; неуточненные причины.

Таким образом, не существует ранее описанного в учебниках «некоего абстрактного умственно отсталого» человека. Если бы психологи и педагоги придерживались этого обобщенного клинического понятия, они не смогли бы находить своеобразие структуры психических нарушений у каждого умственно отсталого лица и индивидуально подбирать коррекционные воспитательно-педагогические мероприятия.

Кроме того, как показывает клиническая практика, в происхождении умственной отсталости редко повинны только психологические или только одиночные биологические вредности, чаще либо все эти факторы действуют совместно, либо биологические факторы оказываются множественными.

Задания для самостоятельной работы

Контрольные вопросы

1. Кто первый классифицировал слабоумие по времени его возникновения?

а. Ж.-Э. Эскироль.

б. Д. Бурневиль.

в. Г. Я. Трошин.

2. В чем смысл классификации «Американской ассоциации по изучению психического недоразвития»?

а. Систематизирует по этиологическому принципу.

б. Складывается из шкал для оценки интеллекта и

адаптивного поведения.

в. Систематизирует по степени выраженности интеллектуального дефекта.

3. Кто в России создал классификацию, основанную на основе психологических и клинических признаках?

а. В. В. Ковалев.

б. К. Бенда.

в. Г. Я. Трошин.

4. По какому принципу построены этиологические классификации?

а. По принципу выявления основных причин умственной отсталости.

б. По степени выраженности интеллектуального дефекта.

в. По наличию наследственной отягощенности.

5. Кто открыл пути для понимания роли хромосомных нарушений в этиологии психического недоразвития?

а. Л. Пенроуз.

б. Ж. Лежен, С. Форд, Ж. Бук.

в. Д. Джервис.

6. На каком принципе построена классификация Г. Е. Сухаревой?

а. На этиологическом.

б. На этиопатогенетическом.

в. На физиологическом.

7. Что такое степени умственной отсталости?

а. Степень выраженности интеллектуального дефекта.

б. Степень выраженности нарушенного поведения.

в. Степень выраженности резидуально-органических повреждений.

8. Что такое асинхрония развития?

а. Ретардация.

б. Акселерация.

в. Неравномерное развитие, при котором одни психические проявления отстают, а другие – опережают возрастной уровень развития.

Темы рефератов

1. Значение систематик по степени выраженности интеллектуального дефекта для педагогов и психологов.

2. Классификации по этиологическому принципу.

3. Что дают для практики этиопатогенетические систематики?

4. Морфологические классификации.

5. Какие классификации специально созданы для

педагогических целей?

6. Принципы, положенные в основу классификаций, созданных С. С. Мнухиным, М. С. Певзнер, J. Clausen?

7. Особенности международной классификации, принятой для повсеместного использования в России.

Литература

Замский Х. С. Умственно отсталые дети: История изучения, воспитания и обучения с древних времен и до середины XX в. М.: НПО «Образование», 1995.

Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003.

Классификация психических и поведенческих расстройств. МКБ-10. СПб.: АДИС, 1994.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995.

Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: 2002.

Маринчева Г. С., Вроно М. Ш. Умственная отсталость: Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. С. 612–680.

Петрова В. Г., Белякова И. В. Психология умственно отсталых школьников. М.: ACADEMIA, 2002.

Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. СПб.: Дидактика Плюс, 2002.

Глава 4

Диагностика лиц с умственной отсталостью. Общие принципы диагностики умственной отсталости

В ходе становления и развития специальной психологии были разработаны основные теоретико-методологические положения современной диагностики и изучения отклоняющегося развития.

Итогом диагностики является установление психолого-педагогического диагноза, в котором указываются:

- педагогическая категория нарушенного развития;
- степень выраженности нарушения;
- недостатки развития, осложняющие ведущие нарушения;
- индивидуальные особенности ребенка и рекомендации в разработке индивидуальной программы коррекционной работы.

Процесс анализа и интерпретации данных психолого-педагогического обследования должен опираться на конкретно-методологические, объяснительные принципы различных феноменов отклоняющегося развития. В специальной психологии наиболее четко они сформулированы И. И. Мамайчук.

1. Онтогенетический принцип: главные закономерности психического развития остаются принципиально общими как для нормы развития, так и для случаев патологии. Следовательно, выявленное нарушение не может рассматриваться изолированно, его анализ и качественная оценка (квалификация) должны осуществляться в контексте конкретного этапа возрастного развития со свойственной ему структурой психики, типичными межфункциональными связями, особенностями социальной ситуации развития, психологическими новообразованиями и ведущим видом деятельности. Иными словами, нарушение представляет собой одно из свойств самого процесса развития, без учета которого нельзя адекватно понять его особенности, в том числе негативные.

2. Принцип системно-структурного подхода: отклонение в развитии тех или иных психических функций должно рассматриваться как следствие неадекватных связей и отношений этой функции с другими, т. е. как нарушение целостности всей системы. Простая констатация факта нарушения любого элемента психики без предварительного изучения его свойств и указания на то, какой компонент этой структуры нарушен, лишает психологический анализ и заключение всякого содержания.

3. Принцип уровневого анализа: формирование психики осуществляется в единстве процессов дифференциации, интеграции и иерархизации (последовательного соподчинения) функций, поэтому при анализе нарушения в развитии следует учитывать характер нарушения иерархических, уровневых связей. (Например, при расстройстве более молодой и сложной функции, как правило, происходит «высвобождение» более элементарной, подчиненной ей, что может проявляться в снижении уровня произвольности ее регуляции.)

Принципы обследования детей с отклонениями в развитии были заложены еще в официальном документе «Об отборе детей во вспомогательные детские учреждения» от 26 октября 1926 г. Последующая работа дефектологов по созданию методов исследования отклоняющегося развития и формулированию принципов отбора в специальные образовательные учреждения основывалась на задаче обеспечения каждому ребенку образовательных условий, наиболее адекватных его возможностям и способностям. Эти принципы, а также материалы Конвенции о правах ребенка Генеральной Ассамблеи ООН легли в основу нового положения о деятельности психолого-медико-педагогическая комиссия 1992 г.

Основной принцип – **принцип гуманности** – провозглашает необходимость своевременного создания каждому ребенку необходимых условий, при которых он смог бы максимально развивать свои способности. Этот принцип обязывает глубоко и внимательно изучать ребенка, искать пути и средства преодоления его трудностей. Только в том случае, если все необходимые и возможные средства и меры помощи, предоставленные ребенку в общеобразовательном учреждении, не дали положительных результатов, должен ставиться вопрос о направлении его в специальное образовательное учреждение. При затруднении в постановке диагноза ребенок может быть направлен в стационар для подробного и тщательного изучения. Направление в стационар может осуществляться только при согласии родителей ребенка или лиц, их замещающих.

Принцип комплексного изучения детей обязывает учитывать при коллегиальном обсуждении данные, полученные при обследовании ребенка всеми необходимыми специалистами – врачами, психологами, специальными педагогами. При расхождении мнений назначается повторное обследование. В любом случае при вынесении заключения на первое место ставится учет интересов ребенка.

Принцип комплексности принят самыми разными – отечественными и зарубежными – диагностическими концепция

ми. Комплексная, или мультимодальная, диагностика – это интеграция информации, полученной разными методами. Главное требование к диагносту – хорошее знание отдельных методов, умение интегрировать их результаты в диагностическое заключение, а также представлять разные аспекты комплексной диагностической ситуации (одновременное использование теста в наблюдении за поведением).

Комплексность (мультимодальность) – это общее понятие, которое не определяет до мельчайших деталей выбор методов исследования в каждом конкретном случае. При выборе методов психолог должен руководствоваться гипотезами и теорией и ясно представлять, в каких отношениях состоят методы исследования и исследуемый им феномен.

Принцип всестороннего, системного и целостного изучения ребенка предусматривает исследование его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, поведения. Учитывается физическое состояние, так как оно может существенно влиять на формирование умственных способностей. Требование целостности изучения основывается на том положении, что психическое развитие не складывается из простой суммы отдельных изолированных способностей, поэтому нельзя делать заключение только на основании исследования состояния восприятия, памяти, других психических функций ребенка. Согласно данному принципу, необходимо установление взаимосвязи и взаимозависимости между отдельными проявлениями нарушений развития и первичными нарушениями; иерархии обнаруженных недостатков или отклонений в развитии; соотношения первичных и вторичных отклонений.

Принцип динамического изучения, самый специфический в отечественной специальной психологии и педагогике, опирается на концепцию Л. С. Выготского о двух уровнях умственного развития ребенка – актуальном и потенциальном. Он обуславливает требование учета в процессе обследования и при оценке результатов выполнения заданий не только того, что ребенок знает и может выполнить в момент исследования, но и его возможностей в обучении, т. е. «зоны ближайшего развития».

Принцип качественно-количественного подхода предусматривает при оценке выполненного задания учет не только и не столько конечного результата, но и способа действий, рациональности выбранных решений, логической последовательности операций, настойчивости ребенка в достижении цели и т. д. Качественный анализ не противопоставляется учету количественных данных, но дополняет, уточняет и обогащает их.

Принцип индивидуального подхода к ребенку в процессе обследования требует, во-первых, максимальной индивидуализации используемых методов и материалов с учетом возрастных и характерологических особенностей детей; во-вторых, специальной организации позитивной направленности ребенка на контакт со специалистом.

Общие принципы диагностики умственной отсталости

Перспективы развития диагностической работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, реализуются в создании новых оригинальных технологий обследования, основанных на знаниях из детской клинической психологии, нейропсихологии детского возраста, психосоматики в ее психологической составляющей. Цель диагностики – не только признание факта психического недоразвития, но и формулирование исчерпывающего диагноза, отражающего: а) оценку выраженности интеллектуального дефекта и его особенностей; б) клиническую и психологическую характеристику структуры дефекта, т. е. степень сохранности отдельных когнитивных функций (восприятия, памяти, внимания, мышления), а также эмоционально-волевых проявлений; в) наличие или отсутствие коморбидных расстройств; г) этиологические факторы; д) степень адаптации к среде; е) социально-психологические факторы, участвующие в формировании клинической картины и абилитации ребенка или подростка. Без такого диагноза невозможно построить эффективный план лечебно-педагогического вмешательства, направленного на создание оптимальных условий для абилитации, т. е. мобилизации имеющихся способностей с целью наилучшей адаптации ребенка в обществе, оценить успешность педагогической коррекции, абилитации, прогноз, а также осуществить судебную, военную или трудовую экспертизу.

С целью формулирования детального диагностического заключения и лучшего понимания болезненного состояния, а также для создания наиболее эффективного плана лечебно-коррекционных мер можно воспользоваться *международной многоосевой классификацией детских психических расстройств*, состоящей из 5 осей:

1. Клинические расстройства (адаптационные реакции, поведенческие расстройства, невротические расстройства, психозы).

2. Нарушения развития (легкой, умеренной, тяжелой или глубокой отсталости), расстройства личности.

3. Биологические (соматические) факторы (инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, опухоли и сосудистые

заболевания, нарушения обмена веществ и другие заболевания внутренних органов, хромосомные аномалии, врожденные пороки ЦНС, наследственные и неврологические заболевания).

4. Психосоциальные трудности (нарушенные внутрисемейные отношения, неблагоприятные жизненные события, межперсональные трудности, связанные со школой или работой, стрессогенные ситуации, вызванные инвалидностью или расстройствами, имеющимися у ребенка).

5. Общая оценка функционирования (суждение психолога об уровне адаптации к жизни). Это суждение может быть произведено с помощью специальной Шкалы общей оценки функционирования (ШООФ, GAF).

Диагностика умственной отсталости должна быть многосторонней, т. е. мультидисциплинарной. Во избежание ошибок и злоупотреблений в ее осуществлении участвуют разные специалисты. Клинические методы используют врачи. Психологические шкалы и методики применяют психологи. Педагогические средства находятся в руках воспитателей и учителей. Оценкой социальной компетентности помимо социальных работников фактически занимаются все, кто общается с ребенком или воспитывает его.

Сбор анамнеза

Основой правильного диагноза отставания психического развития является анамнез. Для того чтобы не пропустить важных обстоятельств в истории развития ребенка, можно использовать специальные анкеты или опросники. Крайне полезно помимо родителей расспросить о развитии ребенка близких родственников, воспитателей и педагогов. Члены семьи, будучи более объективными и не боящимися осуждения за свои якобы неправильные действия в отношении ребенка, могут вспомнить о существовании того, что родители боятся, стесняются рассказать или намеренно скрывают.

Чтобы получить из анамнеза наиболее существенные для диагностики умственной отсталости сведения, с его родными обсуждают следующие основные темы:

1) семейная генеалогия (*наследственность*), охватывающая не менее трех поколений родственников. Следует попытаться выявить родственников с трудностями в обучении, нервно-психическими расстройствами, психическим недоразвитием, наследственными болезнями, алкоголизмом и наркоманией;

2) особенности протекания беременности у матери ребенка (*пренатальные факторы*) с целью выявления возможного действия физических (радиация, чрезмерная инсоляция и др.), химических

(злоупотребление алкоголем, прием лекарств и др.), биологических вредностей (инфекционные, соматические болезни), психогенных стрессов (переживания потери, разочарования и т. д.);

3) роды (*перинатальные факторы*). Необходимо выявить факторы, способные осложнить течение родов, – характер предлежания плода, длительность родов, гипоксию и т. д.;

4) *постнатальное* (особенно до 3 лет) *развитие* ребенка. Необходимо выяснить, как ребенок развивался психически и соматически, какие перенес заболевания, черепно-мозговые травмы, какие были у него потрясения. При обнаружении тех или иных факторов необходимо оценить степень их тяжести и значение для последующего развития обследуемого ребенка.

Диагностическая беседа с ребенком

В ходе обследования ребенка должна быть получена необходимая информация для оценки психического статуса. Способы получения этих данных зависят от возраста и особенностей ребенка, а также от условий, в которых происходит изучение ребенка. Полное психологическое исследование требует достаточного времени и обычно продолжается в течение нескольких встреч, пока не будет достаточно материала.

Диагностическая беседа должна состоять из сочетания игры и беседы. Директивное управление игрой с целью получения нужных для диагностики сведений, вероятно, подавит спонтанность ребенка и затруднит общение. Однако только пассивное наблюдение за игрой ребенка без оценки словесных ассоциаций не позволит психологу понять значение детской активности в конкретной игровой ситуации.

Разговор желательно проводить в кабинете, оборудованном под игровую комнату. Дети чувствуют себя уютнее и продуктивнее работают, когда во время беседы используются игровые материалы и рисунки. Подростки лучше реагируют на разговорный метод обследования. Однако некоторые из них спонтанно используют игрушки обычно в качестве инструмента для снижения эмоционального напряжения.

Детей не следует понуждать делать что-то или заставлять играть. Если они проявят заинтересованность, им можно разрешить использовать любые предметы в комнате. Если они играют спонтанно, им можно задавать время от времени вопросы, чтобы прояснить их действия и мысли. Если у них в процессе обследования усугубляется тревога, их следует вывести погулять или предложить поиграть.

Для любого обследования должно быть достаточно времени,

чтобы спешка не вызвала напряжения у родителей и ребенка, а в связи с ним – негативизм и даже агрессию. Степень активности обследующего должна находиться в зависимости от продуктивности ребенка.

Во время обследования следует избегать, насколько это возможно, слова «почему». Оно часто звучит как обвинение или подразумевает, что ситуация может кому-то повредить и требует извинений. Вместо, например, вопроса: «Почему ты не успеваешь?» – лучше спросить: «Ходишь ли ты в школу? Что все там делают? Все ли ребята понимают объяснения учителя? Как тебе нравится в классе?»

Приходится принимать во внимание отношение ребенка к обследующему психологу и к самой процедуре беседы. Многие дети относятся к этому отрицательно и нередко сопротивляются. Для создания доверительной атмосферы желательно поинтересоваться у ребенка, насколько он доволен своей жизнью, счастлив ли он или что ему мешает быть радостным.

Языковой барьер может стать проблемой при общении обследующего и пациента. В процессе беседы с ребенком следует употреблять простые слова и несложные предложения, а также объясняться с ним в процессе игры или других занятий, так ему будет легче о себе рассказать. Однако умственно отсталые дети нередко и в игре могут не суметь создать модельную ситуацию, отражающую его беспокойства. В этом случае поможет наблюдение за ними.

Откровенное, не осуждающее обсуждение расстройств поведения подростка облегчит ему возможность доверять обследующему. Поэтому предпочтительнее беседовать с ним не о причине прихода на обследование, а о развлечениях и интересах, отношениях со сверстниками, семейных взаимоотношениях, имеющихся трудностях, о здоровье, страхах и других эмоциональных проявлениях.

Ведение беседы может быть облегчено разговором на нейтральные темы или об успехах, а не о неудачах, расстройствах или обвинениях, предъявляемых воспитателями. Разговаривая с ребенком о школе и его ближайшем окружении, следует выяснить, что ему больше всего нравится и что нравится меньше всего? Каковы люди, с которыми он встречается здесь? Следует также спросить, что больше всего его беспокоит в школе: учителя, учеба или другие дети? Не хотел ли он когда-либо перейти в другую школу? Что ему понравилось бы в другой школе?

Ребенка иногда прямо спрашивают: «Как он думает, правильно или неправильно он ведет себя, и почему он так считает?» Любые вопросы следует задавать без осуждения,

собирая только факты.

Возраст и особенности ребенка

Из трех факторов диагностического опроса: условий беседы, специалиста и ребенка – наиболее важным является ребенок. Следует привести общие соображения о детях как психологических клиентах.

Существует большая опасность получения необъективной информации, если кто-либо слишком рано проявил озабоченность с целью определения нормального или отклоняющегося развития. В процессе самого осмотра следует сделать акцент на изучении ребенка настолько глубоко, насколько это возможно, вместо того чтобы высказывать преждевременные заключения или ценные суждения.

Возможно, что отстающий в развитии ребенок будет больше упорствовать в сопротивлении обследованию и беседе, чем любой другой ребенок. Такие дети подходят ко всем взрослым с негативным переносом недоверия и враждебности. Взрослый должен быть способен принять сторону ребенка и согласиться с его поведением, возникшим при определенных обстоятельствах. Когда эти дети упорно лгут или стоически молчат, обследующему специалисту следует справиться со своим раздражением и обычным импульсом взрослого к проявлениям враждебности и лжи «обвиняемого». Иногда недоверие ребенка удастся преодолеть не только прямым согласием с ним, что опасно доверять чужим взрослым, но и напоминанием пациенту, что некоторые предметы могут обсуждаться совместно безо всякой опасности. Ребенок должен знать, что его не обманывают и ему не следует сердиться на эти искренние попытки и рассматривать их как надувательство.

Тому, кто обследует ребенка, не обязательно добиваться признания. Его задача – сформулировать профессиональное мнение о полном функционировании клиента.

Следующий перечень предлагает 10 широких общих тем, вокруг которых интервью может быть свободно структурировано:

1. Причины прихода или привода на обследование к психологу.
2. Развлечения и интересы.
3. Социальная, культурная и этническая группа и ребенок как ее часть.
4. Отношения со сверстниками.
5. Планы на будущее.
6. Семейные отношения.
7. Обсуждение трудностей настоящего времени.

8. Общее здоровье (психофизиологический статус).
9. Фантазии и страхи.
10. Социальная приспособленность.

1. Причины прихода или привода на обследование

Спросить, что ребенок говорил и что думал о цели посещения, узнать о чувствах ребенка в связи с визитом. Если он ничего не говорит или не знает, побудить его к тому, чтобы он попытался догадаться. Ребенка следует успокоить, если он проявляет страх перед обследованием. Психолог должен назвать себя и объяснить цель беседы с ребенком. Если известно о серьезных противоречиях между ребенком и родителями, то полезно побудить его высказать свое мнение об этом.

2. Развлечения и интересы

Когда ребенок проявляет некоторые специальные интересы, легко собрать значительную информацию тактичными вопросами о них. Если ребенок не дает ключей для получения сведений, его можно прямо спросить о разного рода занятиях, которые он считает особенно увлекательными. Ведение беседы может быть облегчено разговором на нейтральные темы или об успехах. Значительную информацию об интересах или недостатках ребенка сравнительно с его возрастной группой можно получить во время интервью.

3. Социальная, культурная и этническая группа и ребенок как ее часть

Следует провести опрос о школе и других местах, где бывает ребенок. Какое из этих мест нравится ребенку больше, а какое меньше? Каковы люди, с которыми он встречается? Что его родители говорят об этих местах? Следует также спросить, что больше всего его беспокоит в школе: учителя, учеба или другие дети? Переходил ли он когда-либо из школы в школу или, может быть, хотел бы сделать это? Некоторые делают усилия для преодоления привычки использовать в речи научные термины, говорят простыми словами, краткими фразами или идут даже дальше, подражая языку, говору, жаргону или акценту ребенка. Мотивы, может быть, и благородные, однако невозможно сделать свою речь соответствующей «уличным образцам» полностью. Вероятно, лучше сказать ребенку о существующих различиях, которые, возможно, будут мешать им разговаривать и понимать друг друга.

4. Отношения со сверстниками

Знания о взаимоотношениях со сверстниками так, как их понимает ребенок, дают полезную информацию о способности создавать значимые взаимоотношения и идентификации, о

степени социального осознания и уровне независимости. Имеет ли одного друга или нескольких лучших друзей или говорит об общении со многими, почти с каждым? Какова глубина и природа этих тесных отношений, если они существуют? Рассказывают ли они друг другу секреты? Как часто они общаются? Чем они занимаются, когда оказываются вместе, и как они разрешают несогласия? Какие ребята ему не нравятся, кому не нравится он? Какие различия у него с ними? Следует спросить о принадлежности к той или иной спортивной команде или группе самодетельности. Попросить ребенка сравнить себя с другими в этих группах по уму, лидерству, физическим данным и т. д.

5. Планы на будущее

Когда ребят спрашивают о том, что они собираются делать, когда вырастут, они оказываются смущенными и отвечают, что еще не знают. Их можно разуверить в том, что окончательное решение не может быть сделано в это время. Все же почти все время от времени думают о своем будущем, даже если позже меняют свои решения. Что обычно планируется? Что делать на каникулах? При выборе будущего нередко дети основывают свои суждения на внешних сторонах приглянувшихся профессий. Задаются вопросы о возможности вступления в брак. Выбран ли уже сейчас предполагаемый партнер? Что хорошего и что плохого ожидается от брака?

6. Семейные отношения

Следует попросить детей рассказать о приятности семейных отношений и радости, какую они доставляют друг другу как группа и отдельно с братьями, сестрами и родителями (с матерью и с отцом). Выяснить, что вызывает у них недовольство в семье, кто их раздражает, с кем чаще ссорятся. Когда кто-то гневается, как реагируют пациент, родители? Что знают о том, как проводят свободное время родители, что думают об их работе? Маленьким детям рисуют фигуры матери и ребенка без явного обозначения пола. Затем просят рассказать обо всем, что они видят на этом рисунке. Ребенок нарисованной фигурке дает тот же пол, к какому принадлежит сам. Спросить о возрасте нарисованного ребенка и отношениях с матерью. Радует ли ребенок мать или раздражает? Что делает мать, когда переживает эти чувства? Что делает ребенок, переживая то же? Этот же набросок можно использовать для вопросов об отце. Описывая ситуацию гнева, большинство детей говорят о некоторой форме отгороженности как об их обычной реакции. Что они чувствуют при этом? Пытаются атаковать или бежать? Делали они когда-либо так или нет? Были ли явные агрессивные намерения?

7. Обсуждение трудностей настоящего времени

Даже если ребенок хотел бы обсудить имеющиеся у него симптомы в течение первой встречи, лучше это сделать во всех подробностях после того, как установятся доверительные отношения. Его можно спросить, становится ли ему хуже или лучше и насколько он обеспокоен трудностями. Что он думает о возможной помощи. Следует спросить о прошлых обследованиях и видах лечения. Поинтересоваться, как ему и его семье могли бы помочь.

8. Здоровье. Соматическое и неврологическое обследование

Клиническая диагностика умственной отсталости должна осуществляться как можно раньше. Идеальным было бы, если бы удавалось разрешить сомнения о нейропсихическом состоянии ребенка сразу после его рождения. Однако этого, как правило, не происходит, во-первых, потому, что психический дефект не всегда сочетается с яркими соматическими симптомами; во-вторых, потому, что только очень тяжелые степени отсталости проявляют себя в раннем периоде жизни; в-третьих, потому, что врач не имеет достаточной информации; в-четвертых, он иногда не проявляет достаточной бдительности или не располагает соответствующими навыками для диагностики.

9. Фантазии и страхи

Многое в содержании интервью может оказаться фантазиями клиента. Они могут быть содержанием рассказов, игр, рисунков, живописи, лепки. И хотя никакая фантазия не может дать исчерпывающую характеристику психологического состояния, все же можно получить впечатление о контакте ребенка с реальностью, о его интеллекте, преобладающих чувствах, «концепции Я», о степени торможения или о недостаточности торможения чувств. Если ребенку удастся рассказать словами и проявить свои чувства по отношению к фантазиям, значение игры становится уникальным. Часто игры отражают семейные отношения или прошлые переживания. Иногда ребенок оказывается таким сдержанным и бессловесным, что приходится входить в общение с ним на основании одного анамнеза, без достаточного знания мыслей и чувств ребенка. В дополнение к спонтанной детской продукции можно спросить о приятных сновидениях, ужасных видениях во сне и вообще о любых повторяющихся сюжетах во сне. Интересуются также самыми ранними воспоминаниями и тремя желаниями, они нередко ассоциируются с глубочайшими психологическими конфликтами. Можно предложить 3 мешочка с монетами для того, чтобы ребенок использовал деньги для реализации своих желаний.

Вопросы о страхах и беспокойствах могут быть заданы прямо

в зависимости от той информации, какую дает ребенок. Часто ребенок предполагает, что его страхи и беспокойства уникальны, у других детей такого не бывает. В этом случае обязательно следует разуверить ребенка. Приходится спрашивать о том, что случается с людьми, которые умирают, и о возможных страхах в связи со смертью. Некоторые дополнительные штрихи в идентификации ребенка и его наиболее болезненных чувствах можно узнать, спрашивая о том, какого рода животное ребенку больше всего нравится и что особенного в этом животном.

10. Социальная приспособленность

Часто прямо или косвенно спрашивая о границах ситуации в игровой комнате, ребенок обнаруживает кое-что из его представлений о том, что правильно, а что неправильно в жизни, или о том, что касается утраты им контроля. Иногда ребенка прямо спрашивают: «Как он думает, правильно или неправильно он действует, и почему он так считает?» Вопросы о социальной активности и интересах уже получили разрешение при рассмотрении социокультурных стандартов окружения ребенка. Социальное управление и ограничения, так же как и понимание правильного и неправильного, могут быть эмоционально напряженной темой. Ребенок мог иметь значительный опыт с различиями взглядов на эти дела взрослых и детей. Таким образом, любые вопросы следует задавать без осуждения, так, как будто собираются только факты. Существенно важно прямо или косвенно узнать о социальных отношениях семьи ребенка и местного населения, чтобы выявить степень гармоничности между ребенком и родителями и между семьей и ее окружением.

Оценка развития ребенка

После того как составлено впечатление об уровне развития ребенка, если это необходимо, используются дополнительные данные из психологического, педагогического и социологического исследований.

Чтобы при оценке развития не сделать ошибки, всегда учитывают индивидуальные различия детей. Известны нормальные дети, которые не способны ходить до 2–4 лет. Из факторов, влияющих на созревание моторных функций, следует отметить семейные особенности, эмоциональную депривацию, недостаточные возможности для практики, чрез мерную боязливость, мышечную гипотонию или гипертонию, нервно-мышечные расстройства. Лишь после исключения этих причин можно заподозрить умственную отсталость. Большинство из таких детей, хотя и не все, поздно начинают сидеть. В то же время развитие тонких движений реже замедляется при отсутствии

умственной отсталости и церебрального паралича. Это же относится и к жеванию.

Психическое недоразвитие стоит также на первом месте и среди причин, задерживающих созревание механизмов, лежащих в основе контроля сфинктеров, формирования речи, а в дальнейшем – чтения. Перед отсталым ребенком из-за недостаточной концентрации внимания, неумелого подражания и затрудненного понимания слов возникает особенно много препятствий в овладении экспрессивной речью.

Темпы развития детей весьма различны. Даже средний и реже высокий начальный темпы развития могут смениться замедлением или распадом уже приобретенных навыков. Иногда наблюдается и обратная картина. Ребенок, по своему развитию вначале напоминающий отсталого, постепенно выравнивается и догоняет сверстников. Меньше трудностей вызывают такие случаи, когда отставание наблюдается во всех областях. Если же ретардация замечена только в отдельных сферах развития, то для окончательного диагноза всегда требуется внимательное и многостороннее изучение ребенка. Отставание во всех областях обычно предвещает умственную отсталость, но в редких случаях может быть только признаком замедленного созревания.

Критерием развития может быть также изучение ориентации в пространстве и форме, формирования образа тела, оценки размеров, глубины, расстояния, времени. Признаки нарушения правильного развития – отдельные симптомы поражения ЦНС: нарушения внимания, персеверации (застывание на каком-то одном и том же действии), гиперкинезы, расторможенное поведение. Однако одни эти симптомы не обязательно свидетельствуют об умственной отсталости, они могут иметь место при различных нервно-психических расстройствах.

Оценка развития детей требует некоторого подсобного материала, который значительно облегчает эту задачу. При исследовании, например, детей до 5 лет можно использовать кубики, колокольчик, геометрические фигуры, картинки, карточки с нарисованными кругом, крестом, треугольником, ромбом, бумагу, шарики, а также доску Годдарда с отверстиями для вставления 10 различных фигур (круга, треугольника, ромба, звезды, квадрата и т. д.). Методики использования этих и других предметов для оценки развития детей разного возраста могут быть найдены в работах А. Гезелла, Ш. Бюллер, Р. Кеттелла, Э. Хейссерман и др.

Мы рекомендуем распространенную скрининговую методику DDST, которая была разработана в Колорадском университете В. Франкенбургом с сотрудниками (1967). Она предназначена для

оценки у младенцев (от 2 недель) и дошкольников (до 6 лет) грубой моторики, речи, тонкой адаптивной моторики и личностно-социального развития.

Тест «Грубая моторика» оценивает соответствие объема движений возрасту и выявляет способность детей сидеть, ходить, прыгать и т. д.

Тест «Речь». Задания в этой сфере позволяют выявить способности детей слушать, выполнять команды; говорить, правильно употреблять предлоги. Имеются пробы на понятливость, на оценку словарного запаса.

Тест «Тонкая адаптивная моторика». Задания в этой сфере оценивают тонкую моторику посредством хватания игрушки, перекладывания кубика из руки в руку, построения башенки из 4–8 кубиков и т. д.

Тест «Личностно-социальная сфера» призван выявить способности ребенка заботиться о себе (одеваться, умываться, вытирать руки, играть в коллективе и т. д.), его способность к общению. Часть заданий представляет суммирование наблюдений за поведением ребенка, его эмоциональным развитием, адекватностью использования материалов теста.

Задания в каждой сфере оцениваются от минимальных возможностей до максимальных.

Тест составляет 105 заданий, которые разделены на 75 возрастных категорий, большинство из которых предназначены для детей до 2-летнего возраста, когда изменения в развитии происходят очень быстро. Эта методика проводится быстро (в течение 15–20 минут) и легко интерпретируется графическим способом. Каждое задание представлено в виде графика, расположенного вдоль линии, обозначающей возраст. Различные точки на таком графике соответствуют возрастам, при которых 25 %, 50 %, 75 % или 90 % ребят могут выполнить задание. Такая система оценок наиболее перспективна, так как позволяет наиболее полно проследить и оценить стадии развития.

DDST дает возможность отметить, находится ли формирование психомоторики в нормальных пределах. Замедление развития отмечают, когда ребенок не выполняет задания в возрасте, в котором 90 % детей эти задания выполняют. Результаты считаются аномальными, если в двух и более сферах имеются по 2 и более невыполненных задания.

Оценку развития старшего ребенка можно производить на основании того, как произошли его психологическая перестройка и адаптация к обучению при поступлении в детский сад, а затем в школу. Сумел ли ребенок установить доверительные деловые отношения с учителем или дружеские с детьми? Появилось ли

положительное отношение к процессу обучения, сохраняется ли оно? В какой мере он выполняет учебные требования, проявляет ли самостоятельность, справляется с чьей-либо помощью или не способен следовать школьной программе? Какова зона его ближайшего развития? Помогает ли ему пример других в расширении своих умственных способностей?

Общий осмотр и неврологическое обследование

Тщательное соматическое изучение ребенка необходимо как для выявления симптомов, позволяющих заподозрить умственную отсталость (маленькая голова), так и для того, чтобы уточнить клинический диагноз (увеличение щитовидной железы при кретинизме). Во многих случаях имеющаяся соматическая симптоматика не только сигнализирует о поражении ЦНС, но нередко помогает уточнить время действия вредности. Тот или иной физический симптом может также оказаться одним из признаков умственной отсталости. Поэтому обнаружение у новорожденного увеличенной печени стимулирует поиск других симптомов, а обнаружение желтухи и катаракты потребует исследования мочи, которое может установить наличие галактоземии.

Умственно отсталые в 73 % ниже ростом и в 68 % у них отмечается меньшая масса тела по сравнению с нормальными сверстниками (Jones A., Murrey W. 1958). Значительное укорочение тела и конечностей может быть при некоторых формах карликовости, связанной с умственной отсталостью.

Искаженные черты лица – выступающие лобные бугры, надбровные дуги, скулы и т.д. – основание для диагноза гаргоилизма. Чрезмерная сухость и толщина кожи помогает поставить диагноз гипотиреоза. Измерение окружности головы является обязательным, так как оно может оказаться первым из обнаруженных признаков, позволяющим предположить поражение мозга. Одним из полезных критериев может быть сравнительное измерение окружностей головы и грудной клетки: при рождении голова несколько больше, через 6 мес. они почти равны, а к 5 годам окружность груди на 5 см больше, чем окружность головы. Аномалии глаз нередко сопутствуют психическому недоразвитию, поэтому обнаружение катаракт, изменений глазного дна и др. – хорошее подспорье для диагноза. Число завитков кожного узора на пальцах меньше у отсталых субъектов. У больных с синдромом Дауна имеется еще и поперечная складка на ладони, редко обнаруживающаяся у недоразвитых детей.

Нарушения иннервации черепных нервов могут быть одним

из симптомов психического недоразвития при последствиях родовой травмы, увеличении внутричерепного давления, пренатальных инфекциях.

Потеря слуха может быть следствием пренатальной краснухи, энцефалита, врожденного сифилиса, черепно-мозговой травмы.

Изучение соответствующих рефлексов верхних и нижних конечностей, наблюдение за положением конечностей, произвольными и непроизвольными движениями и мышечным тонусом могут выявить симптомы поражения головного мозга, нередко сочетающиеся с синдромами умственной отсталости.

Общая патопсихологическая диагностика

Современная патопсихологическая и клиническая диагностика психического недоразвития основана в значительной степени на определении интеллектуального коэффициента (IQ). Понятие интеллектуального коэффициента отражает отношение числа (умноженного на 100) успешно выполненных заданий ко всем предъявленным заданиям из психологической методики.

В частности, МКБ-10 в качестве диагностических критериев умственной отсталости определяют IQ равный 70 и ниже. IQ рассчитывают, оценивая успешность выполнения заданий, имеющих в стандартизированных, надежных и валидных психометрических тестах.

Диагностика не может быть основана только на результатах одного психологического инструмента. В то же время данные, полученные в течение нескольких исследований, в разное время и с помощью различных методик, могут иметь существенное значение для окончательного диагноза. При выборе методики следует руководствоваться тем, насколько широко охватываются при исследовании ребенка различные сферы познания и деятельности. Здесь приводится список методик, наиболее часто используемых в зарубежных странах для диагностики умственной отсталости.

Таблица 1

Тесты для оценки интеллектуального коэффициента у умственно отсталых детей и подростков

Название теста	Возраст (годы и мес.)	
	от	до
Wechsler Preschool & Primary Scale (1989)	2 лет 6 мес.	7 лет 3 мес.
Wechsler Intelligence Test for Children-III (1991)	6 лет	17 лет 11 мес.
Wechsler Adult Intelligence Scale—Revised (1981)	16 лет	74 лет

Stanford-Binet Intelligence Scale: IV (1986)	2 года	взр.
Kaufman Assessment Battery for Children (1984)	2 года 6 мес.	12 лет 6 мес.
Kaufman Adolescent and Adult Intelligence (1993)	11 лет	85 лет
Differential Ability Scale (1990)	2 года 6 мес.	17 лет 11 мес.
Das-Naglieri Cognitiv System (1997)	5 лет	17 лет 11 мес.
Colored Progressive Matrices-1 (1986)	5 лет 11 мес.	
Columbia Mental Maturity Scale (1972)	3 года 6 мес.	9 лет 11 мес.
Test of Nonverbal Intelligence-2 (1990)	5 лет	85 лет
Peabody Picture Vocabulary Test-III (1997)	2 года 6 мес.	90 лет
Draw-a-Person Task (1988)	2 года 6 мес.	взр.
Kaufman Brief Intelligence Test (1990)	4 года	90 лет
Slosson Intelligence Test— Revised (1990)	4 года	взр.

Использование методик, исследующих IQ, для диагностики умственной отсталости требует подходящей обстановки и выбора наиболее эффективного для данного случая теста в связи с тем, что у многих умственно отсталых возможно присоединение коморбидных заболеваний или поведенческих нарушений, чтобы исключить их влияние на результат. Даже у лиц без поведенческих нарушений некоторые личностные особенности, преобладающее настроение или эмоциональные реакции могут оказаться помехой тестированию. Многие умственно отсталые ищут у других разрешения трудных заданий и неохотно

соглашаются сотрудничать или легко расстраиваются из-за неудач. Уменьшают эти трудности, например, уверения, что обследующий предложит сначала легкую, а затем трудную задачу или найдет побудительный мотив, облегчающий усилие. Возникают трудности также у тех, кто не пользуется речью. Субъекты с сенсорными или моторными нарушениями требуют специальной адаптации к тестовым заданиям. Трудности могут возникнуть также при исследовании этнических меньшинств, проживающих вне своей среды.

Адаптивное поведение

Для выявления нарушений психического развития и диагностики необходимо также изучать адаптивное поведение обследуемого. Оно складывается из врожденных способностей и приобретаемых умений и навыков, необходимых для социальной и личной достаточности. Оно меняется по мере взросления индивида, зависит от приспособления в обществе и определяется ожиданиями других в семье и социуме. Измерение адаптивного поведения основывается на уровне развития, оно оценивает приспособление к обществу и культуре и учитывает поведение дома, при обучении, в игре и на работе.

Адаптивные навыки

Адаптивные навыки включают учет как сильных, так и слабых сторон личности в процессе адаптации.

1. **Коммуникация** – понимание и выражение информации посредством символического поведения.

2. **Самообслуживание** – туалет, умение правильно есть, одеться, раздеться, опрятность.

3. **Возможность жить в домашних условиях** – вести хозяйство, бережно относиться к собственности, умение готовить, планировать и вести бюджет, соблюдать правила безопасности в доме.

4. **Социальные** – навыки взаимодействия с окружающими, предполагающие умение вступать в беседу, адекватно реагировать на замечания, чувствовать настроение собеседника, регулировать свое поведение.

5. **Умение жить в микросреде** – умение передвигаться, делать покупки, пользоваться услугами различных служб (в том числе медицинской), пользоваться общественным транспортом и местами общественного пользования (школы, библиотеки, парки).

6. **Самонаправленность личности** – это умение делать выбор, учиться планировать свои действия, следовать плану, инициировать виды деятельности, адекватные месту, условиям,

искать и находить в случае необходимости помощь.

7. Здоровье и безопасность – включают умения, связанные с охраной здоровья: правильно питаться, своевременно распознать наступление болезни, грамотно принимать лекарство.

8. Функциональная успеваемость – интеллектуальные способности и навыки, связанные с обучением, имеющие отношение к жизни: письмо, чтение, основные математические понятия, естествоведческие знания.

9. Проведение досуга – умение разнообразить досуг (самостоятельно и совместно), отражающий личные предпочтения.

10. Работа – навыки, связанные с возможностью работать полный или неполный день.

На основании изучения адаптивных навыков у умственно отсталого ребенка, подростка или взрослого в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации по исследованию умственной отсталости для диагностических целей определяется уровень адаптации (Моргачева Е. Н., 1999) (Табл. 2).

Существуют методики, оценивающие навыки адаптации, используемые при разных обстоятельствах (навыки самообслуживания, общения). Наибольшее распространение получила методика «Vineland Adaptive Behavior Scales» (Sparrow, Balla, and Cicchetti, 1984), т. е. «Шкала адаптивного поведения Вайнленда». Большая часть методик, оценивающих навыки, – интервью с родителями и воспитателями, меньшая дается непосредственно тем, кого оценивают. Основной для всех методик является идея, что адаптивное поведение – типичная, повседневная деятельность, а не способность. Если индивиды с умственной отсталостью могут совершать определенную деятельность, но не делают этого, то у них обязательно ухудшается адаптивное функционирование.

Таблица 2

Взрослое состояние (21 и старше)

УРОВНИ АДАПТАЦИИ			
Уровень	Дошкольный возраст (0—5)	Школьный возраст (6—21)	Взрослое состояние (21 и старше)
1-й уровень	Грубое отставание; минимальная способность функционирования сенсорной сферы. Нуждается в уходе	Имеется определенное моторное развитие; невозможность овладения навыками самообслуживания. Полностью нуждается в уходе	Определенное моторное и речевое развитие; полная невозможность самостоятельного функционирования. Требуется полная опека и наблюдение
2-й уровень	Слабое моторное развитие; минимальное развитие речи; неспособность овладения навыками самообслуживания; навыки коммуникации незначительны или отсутствуют	Способность к овладению речью/навыками коммуникации. Способность к овладению элементарными навыками самообслуживания. Неспособность к овладению учебными навыками. Способность к овладению навыками самообслуживания	Частичная возможность самообслуживания при полном наблюдении. Возможность формирования навыка самозащиты в полностью контролируемом окружении
3-й уровень	Способность к овладению речью/навыками коммуникации. Слабая социальная осведомленность. Способность к овладению навыками самообслуживания. Достаточное моторное развитие. Значительно нуждается в помощи	Способность к овладению школьными навыками в объеме 4 классов в позднем отрочестве при условии предоставления специального обучения	Способность к овладению специальностью, не требующей высокой квалификации. Требуется наблюдение и руководство в условиях незначительных стрессовых ситуаций социально-экономического плана
4-й уровень	Возможность развития социальных, коммуникативных навыков. Минимальные отклонения в сенсорной сфере. Невозможность отграничения от нормы на ранних этапах развития	Способность к овладению учебными навыками в объеме начальной школы. Невозможность овладения учебными предметами старших классов. Требуется специальное обучение, особенно в средней школе (обучаемый)	Способность социально-профессиональной адаптации при соответствующем обучении. Время от времени нуждается в руководстве и наблюдении в условиях серьезных стрессовых ситуаций

Таблица 3
Методики измерения адаптивного поведения

Методики	Возраст	Адаптивные навыки
Шкала адаптивного поведения. Vineland, 1984	От рождения до 18 лет	Коммуникация, письмо, повседневные навыки, социализация, навыки преодоления, моторика
Шкала независимого поведения, 1996	От рождения до 80 лет	Моторика, социальное взаимодействие и коммуникация, навыки самообслуживания, социализация
Адаптивные поведенческие шкалы Американской ассоциации по исследованию умственной отсталости, 1993	От 3 до 18 лет 11 мес	Независимое функционирование, физическое развитие, экономическое развитие, школьная успеваемость
Функциональные академические навыки. Kaufman, 1994	От 15 до 58 лет	Практическая математика, навыки чтения, управление своим поведением
Опросник навыков выживания, 1993	От 9 до 40 лет	Управление своим поведением, основные понятия, функциональные признаки, инструменты, здоровье

После получения общей или итоговой оценки в цифрах IQ при необходимости для уточнения структуры нарушения познавательных функций и особенностей других сфер психики пользуются качественными методиками. Для исследования сенсомоторной сферы и внимания применяют методики «зрительно-моторная координация», «слуховые восприятия», «корректирующая проба», «отыскивание чисел» и др. Исследование мышления производят с помощью методик «классификация предметов», «исключение предметов», «простые аналогии», «сложные аналогии», «сравнение понятий», «соотношение пословиц», «соотношение метафор и фраз», «объяснение сюжетных картинок» и др. Изучение памяти можно осуществлять с помощью методик «заучивание 10 слов», «опосредованное запоминание», «пиктограммы», «воспроизведение рассказов». Характеристику эмоционально-волевой сферы получают, используя следующие методики: тематический апперцепционный тест (ТАТ), выбор ценностей, уровень притязаний, исследование самооценки и др.

Нейропсихологические методы исследования

Нейропсихологические методы используются с целью школьной экспертизы, оценки специальных способностей, выработки дифференцированных рекомендаций при подготовке детей к школе, характеристики обучаемости и так называемой

школьной зрелости. Кроме того, эти методы применяются для определения у детей характера предполагаемого дизонтогенеза высших психических функций, нередко лежащих в основе психического недоразвития (Корнев А. Н., 1997). К числу нейропсихологических методик относятся следующие:

- графомоторные методики: «дом – дерево – человек», «срисовывание фигур»;
- конструктивные методики: «палочковый тест Гольдштейн – Ширера», «кубики Коса», «доски Сегена и Пинтера – Патерсона»;
- методики, применяемые для изучения моторики: шкала Н. И. Озерецкого, проба на реципрокную координацию рук, проба на динамический праксис «кулак – ладонь – ребро», «пересчет пальцев», проба на пальцевой гнозис, проба на исследование орального праксиса, пробы Хеда на пространственную организацию движений;
- методики, исследующие сукцессивные функции: повторение цифровых рядов, воспроизведение звуковых ритмов, копирование последовательности 8 цветных квадратиков;
- методики Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеевой и Я. А. Меерсона (1997) для исследования речевых функций: оценка звукопроизношения, исследование фонематического восприятия, повторение фраз, исследование грамматической стороны речи, исследование навыков чтения.

Наблюдение

Наблюдение определяется как целенаправленное восприятие психической жизни человека (Л. А. Ретуш).

Наблюдение – один из ведущих методов при изучении ребенка умственной отсталостью. Наблюдению принадлежит особая роль, так как психологическое обследование при помощи тестов не всегда удается провести из-за нехватки методик, валидных для умственно отсталого ребенка. При изучении с умственно отсталого ребенка раннего возраста или дошкольника наблюдение является практически единственным методом диагностики. Наблюдение существенно дополняет информацию, получаемую другими способами.

Наблюдение может осуществляться непосредственно исследователем либо посредством приборов наблюдения и фиксации его результатов. В их число входит аудио-, фото-, видеоаппаратура, особые карты наблюдения.

Наблюдение может быть:

- 1) непосредственным и опосредованным;
- 2) внешним и внутренним;
- 3) включенным (которое может быть открытым и закрытым) и

невключенным;

4) прямым и косвенным;

5) сплошным и выборочным (по определенным параметрам);

6) полевым (в повседневной жизни) и лабораторным.

По систематичности:

– **несистематическое наблюдение**, при котором необходимо создать обобщенную картину поведения индивида или группы индивидов в определенных условиях, но не ставится цель фиксировать причинные зависимости и давать строгие описания явлений.

Несистематическое наблюдение проводится в ходе полевого исследования. Результат – создание обобщенной картины поведения индивида либо группы в определенных условиях;

– **систематическое наблюдение**, проводящееся по определенному плану и при котором исследователь регистрирует особенности поведения и классифицирует условия внешней среды. Результат – регистрация особенностей поведения (переменные) и классификация условий внешней среды.

По фиксируемым объектам:

– **сплошное наблюдение**: исследователь старается фиксировать все особенности поведения;

– **выборочное наблюдение**: исследователь фиксирует лишь определенные типы поведенческих актов или параметры поведения.

Для диагностики умственно отсталого ребенка можно применять любой из вышеперечисленных видов наблюдения в зависимости от целей исследования. Исключение составляет самонаблюдения, так как этот вид наблюдения недоступен для умственно отсталого ребенка (подростка).

Наблюдение за ребенком проходит продуктивнее, если психолог использует заранее подготовленную карту-схему наблюдения с применением определенных значений, наблюдаемых параметров. Это позволяет отметить наличие и интенсивность наблюдаемых характеристик, не привлекая внимания ребенка.

Использование психологических методик для диагностики умственно отсталых детей и подростков

Применение психодиагностических методик при работе с умственно отсталыми детьми имеет ряд проблем. Во-первых, сами параметры стандартов тестов соотнесены с возможностями

ребенка/подростка с нормальным интеллектом. Умственно отсталый ребенок оказывается в ситуации, не соответствующей его возможностям, и оценка его результатов не всегда отражает уровень диагностируемых способностей и возможностей. Во-вторых, большинство стандартизированных методик диагностирует актуальный уровень развития ребенка, в то время как при работе с умственно отсталыми важной является информация о зоне ближайшего развития. Затруднено использование опросников, большинство из них невалидны для умственно отсталых детей и подростков. Так, например, нельзя использовать опросники с тремя и более вариантами ответов, содержащие большое количество вопросов. При проведении методики необходимо убедиться, что умственно отсталый ребенок понимает значение всех слов.

Л. Пожар предлагает соблюдать ряд общих условий использования тестов при изучении детей с ограниченными возможностями здоровья:

1. Предварительно психолог должен познакомиться с основными характеристиками данного вида аномалии, с возможностями и ограничениями, вытекающими из данного дефекта, и в первую очередь – с особенностями коммуникации аномальных детей и подростков с данным дефектом.

2. При применении тестов, сконструированных для нормальной популяции и на ней же стандартизированных, сравнение результатов аномальных детей с нормами, разработанными для нормальных, нужно осуществлять с большой осторожностью.

3. Адаптация тестов, разработанных для нормальной популяции, требует большого опыта – внесение поправок, увеличение времени на решение отдельных задач должны основываться на массивной апробации методики в соответствующих условиях, т. е. на конкретной группе аномалии.

4. Тестирование аномальных детей и подростков принципиально следует проводить только индивидуально, причем исключительное внимание необходимо уделять пробным заданиям, чтобы полностью убедиться, что инструкции поняты правильно.

5. При тестировании аномальных, в особенности умственно отсталых, испытуемых необходимо обеспечить соответствующую мотивацию, поскольку низкие результаты часто бывают вызваны отсутствием интереса или низкой мотивацией – незаинтересованностью ребенка в выполнении задания.

6. Валидными необходимо считать высокие результаты, в то время как к низким следует относиться более скептически – они

могут быть вызваны трудностями выполнения задания, обусловленными дефектом, недостаточным пониманием задания, слабой мотивацией испытуемого, наконец, неопытностью психолога.

7. Психодиагностическое тестирование следует использовать как вспомогательный метод, всегда лишь дополняющий другие методы – длительное наблюдение, беседу, эксперимент.

Задания для самостоятельной работы

Использование психологических методов и методик в диагностике умственно отсталых детей и подростков

Задание 1. Составьте схему наблюдения за поведением умственно отсталых младших школьников на уроке.

Задание 2. Составьте план беседы с родителями умственно отсталого ребенка.

Задание 3. Подберите методы и методики для изучения познавательной активности умственно отсталого подростка.

Контрольные вопросы

1. Цель диагностики

а. 1) Оценка интеллектуального дефекта;

2) структура дефекта;

3) наличие коморбидных расстройств;

4) оценка этиологии;

5) степень адаптации;

6) характеристика социально-психологических факторов.

б. Оценка степени психического развития.

в. Выявление этиологии.

2. Какая классификация используется для диагностики недоразвития детей?

а. Международная многоосевая классификация детских психических расстройств.

б. Классификация адаптивных навыков.

в. Классификация степеней психического недоразвития.

3. Основные темы анамнеза

а. Генеалогия семьи, беременность матери ребенка, роды, постнатальное развитие (развитие после родов).

б. Постнатальное развитие.

в. Изучение наследственности.

4. Оборудование для диагностической беседы психолога с ребенком

а. В специальном оборудовании нет необходимости.

б. Игрушки для детей, книжки для подростков.

в. Игрушечная кухня, раковины для игр с водой, песок, пластилин, краски и карандаши, кубики, марионетки, солдатики, игрушечный дом, грузовики и настольные игры.

5. Темы беседы психолога с ребенком

а. Причины консультации, развлечения, социальная группа, сверстники, планы на будущее, семейные отношения, трудности, здоровье, фантазии и страхи, адаптированность.

б. Жалобы родителей.

в. Неуспеваемость ребенка.

б. Факторы, учитываемые во время беседы с ребенком

а. Состояние ребенка, его возраст, продолжительность знакомства, оборудованное помещение.

б. Степень психического недоразвития ребенка.

в. Причины прихода на консультацию к психологу.

7. Условие успешности беседы психолога с ребенком

а. Откровенное, не осуждающее обсуждение особенностей поведения ребенка.

б. Квалификация психолога.

в. Соматическое здоровье ребенка.

8. Измерение адаптивного поведения

а. Посредством опроса.

б. С использованием методик: Шкала адаптивного поведения, Шкала независимого поведения, Адаптивные поведенческие шкалы, Функциональные академические навыки, Опросник навыков выживания.

в. С использованием методики «Шкала адаптивного поведения».

9. Адаптивные навыки

а. Навыки самообслуживания.

б. Врожденные способности и приобретаемые умения, необходимые для социальной и личной достаточности.

в. Умение общаться с другими.

10. Для чего используются нейропсихологические методы у детей?

а. Для оценки обучаемости.

б. Для изучения структуры дефекта.

в. С целью экспертизы школьной зрелости, оценки специальных способностей при подготовке детей к школе.

Темы рефератов

1. Общие принципы диагностики умственной отсталости.

2. Значение международной многоосевой классификации детских психических расстройств.

3. Основа правильного диагноза отставания психического развития – анамнез.
4. Диагностическая беседа с ребенком – сочетание игры и беседы.
5. Эффективность исследования ребенка и разнообразное оборудование в комнате, где это исследование происходит.
6. Общие темы, вокруг которых интервью с ребенком может быть структурировано.
7. Зависимость особенностей диагностического опроса ребенка от возраста.
8. Соматическое изучение ребенка для уточнения диагностики психического развития ребенка.
9. Методики измерения адаптивного поведения.
10. Тесты для оценки интеллектуального коэффициента у детей и подростков.
11. Наблюдение как основной метод диагностики умственно отсталых дошкольников.
12. История развития психологической диагностики умственно отсталых детей и подростков.

Литература

Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики. СПб., 1997.

Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. М., 1995.

Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003

Глава 5

Особенности восприятия у детей и подростков с умственной отсталостью

Восприятие – это форма целостного психического отражения объектов и действительности в совокупности их различных свойств и частей при непосредственном воздействии их на органы чувств.

Сенсорная сфера умственно отсталых детей, по свидетельству многих авторов, оказывается значительно нарушенной. Отстает развитие зрительного, слухового, тактильного и других анализаторов. Имея формально сохранные анализаторы как анатомо-физиологические предпосылки для получения сенсорной информации, умственно отсталый ребенок слушает, но не слышит, смотрит, но не видит; плохо перерабатываются даже получаемые сведения, поступающие в большем количестве, чем ребенку удастся освоить; предметы и явления воспринимаются в общих чертах. В процессе восприятия не проявляется активность, необходимая для получения специфических для данного предмета характеристик.

Особенности восприятия умственно отсталых детей и подростков

- Замедленный темп восприятия. Умственно отсталым детям требуется гораздо больше времени для восприятия предлагаемого материала. Замедленность восприятия усугубляется еще и тем, что из-за умственного недоразвития они с трудом выделяют главное, не понимают внутренние связи между частями воспринимаемого объекта.

- Недостаточная дифференцированность воспринимаемого.

- Узость объема восприятия. Умственно отсталые ученики выхватывают отдельные части в обозреваемом объекте, в прослушанном тексте, не видя и не слыша иногда важный для общего понимания материал, что, безусловно, сказывается на качестве их обучения. Узость объема восприятия мешает умственно отсталому ребенку ориентироваться в новом месте, в непривычной ситуации.

- Низкий уровень развития константности восприятия.

- Недостаточная активность восприятия. Эта особенность проявляется в затрудненном восприятии объекта в непривычной

ситуации (например, вверх ногами), слабой поисковой активности.

- Для умственно отсталых детей характерны трудности восприятия пространства и времени, что мешает им ориентироваться в окружающем. Часто даже в 8—9-летнем возрасте эти дети не различают правую и левую стороны, не могут найти в помещении школы свой класс, столовую, туалет и т. п., ошибаются при определении времени на часах, дней недели, времен года.

Изучение восприятия у детей и подростков с умственной отсталостью

Изучение зрительного восприятия

Методика «Называние цветов»

После предъявления образца какого-то цвета испытуемый должен его назвать либо показать среди набора других цветов. Неспособность соотнести цвет с заданным образцом – симптом цветовой агнозии, который достаточно информативен в топико-диагностическом отношении, поскольку в большинстве случаев сопровождается поражением нижнезатылочной коры правого полушария.

Обработка, регистрируемые показатели: – максимальное значение баллов в норме – 10, испытуемый назвал все предъявленные простые и сложные цвета.

Проба В. Поппельрейтера

Испытуемому предъявляются перечеркнутые или наложенные изображения (в том числе контурные), каждое из которых необходимо опознать. Зрительное восприятие предмета затрудняется необходимостью абстрагироваться от посторонних элементов, каждый из которых сам может идентифицироваться как предмет. Существует стандартный набор таких картинок, но возможно и использование их вариаций.

Для исследования детей может быть предложен упрощенный вариант обследования, при котором в качестве стимульного материала предъявляются наложенные изображения контуров животных, которые должны быть опознаны показом их изолированных образцов в нижнем ряду картинок.

Нарушения в опознании рисунков Поппельрейтера обычно свидетельствуют о нарушениях функционирования правой затылочной коры.

Обработка, регистрируемые показатели: – максимальное значение баллов в норме – 10; количество баллов соответствует количеству правильных ответов.

Методика «Узнавание предметов на зашумленных рисунках»

В качестве стимульного материала выступает комплект картинок, включающий несколько серий. В рамках каждой серии испытуемому показывается схематичное изображение какого-то предмета (лопаты, дерева и т. п.) на фоне графического шума, частично стирающего образ, предназначенный для опознания. Данная проба, помимо характеристики эффективности зрительного гнозиса, непосредственно позволяет оценить степень помехоустойчивости восприятия.

По данным Т. В. Ахутиной и Н. М. Пылаевой, первоклассники в среднем опознают 4 изображения из 6. Максимальное количество отказов и далеких замен (видение непохожих предметов) было характерным для детей со слабостью правополушарных функций.

Обработка, регистрируемые показатели: – максимальное количество баллов в норме – 10 (испытуемый узнал все предметы), узнали только 6 предметов – 8–9 баллов (учитывается характер узнавания: сразу или после паузы), 5 предметов – 7–8 баллов, 4 предмета – 6–7 баллов, 3 предмета – 4–5 баллов, 2 предмета – 2–3 балла, 1 предмет – 1–2 балла, не смогли ничего узнать – 0 баллов.

Изучение слухового восприятия

Методика «Узнавание знакомых звуков»

Испытуемому предлагают закрыть глаза и после прослушивания назвать самые простые бытовые звуки: шелест бумаги, хлопанье в ладоши, звук льющейся воды, звона ключей и т. п. Звуки могут воспроизводиться и экспериментатором, и быть предварительно записаны на магнитофон.

Изучение оптико-пространственного восприятия

Методика «Вербализация пространственных отношений»

В данной пробе решается следующая задача: предложенные картинки с изображенными в определенных пространственных отношениях предметами должны быть вербально описаны. Оценке подлежит адекватность характеристики заданных отношений (выше, ниже, на, над, под, снизу, сверху, между, ближе, дальше, перед, за, спереди от, сзади от, слева, справа, левее, правее). В случае многочисленных ошибок, возникающих даже при идентификации отношений только между двумя изображенными предметами, можно предполагать слабость теменно-затылочных и височно-теменных отделов коры.

Для обследования детей предпочтительными являются рисунки, отражающие наглядные привычные отношения между предметами.

От ребенка требуется, например, показать, «что ниже медведя», «что выше медведя», «что над медведем», «что под медведем», а если он с этими заданиями справляется успешно, то можно производить переход к самостоятельному употреблению предлогов и составлению пространственных речевых конструкций: «где находится машина по отношению к медведю», «где находится елка по отношению к медведю».

Обработка, регистрируемые показатели:

– максимальное значение баллов в норме – 10, за каждую ошибку снимается 2 балла.

Задания для самостоятельной работы

Экспериментальное изучение особенностей восприятия у умственно отсталых младших школьников

Задание 1. Проведите диагностику зрительного и слухового восприятия у умственно отсталых первоклассников. Определите уровень развития свойств внимания.

Задание 2. Проведите диагностику оптико-пространственного восприятия у младших школьников с умственной отсталостью.

Контрольные вопросы

1. Свойства восприятия
 - а. Целостность.
 - б. Константность.
 - в. Концентрация.
2. Особенности восприятия умственной отсталых детей и подростков
 - а. Медленный темп восприятия.
 - б. Низкая активность восприятия объекта в непривычной ситуации.
 - в. Глазодвигательная реакция имеет рефлекторный, а не произвольный характер.
3. Как отражается недостаточный уровень развития восприятия умственно отсталых учащихся на школьном обучении?
 - а. Невозможность запомнить буквы алфавита.
 - б. Трудности в ориентации на листе бумаги.
 - в. Фрагментарность восприятия наглядного материала.
4. Какие ниже перечисленные примеры относятся к

показателю низкого уровня развития объема восприятия у младших школьников с умственной отсталостью?

а. Трудности наблюдаются в восприятии конфликтных составных фигур.

б. Симультанное восприятие не более 3 объектов.

в. Фрагментарный анализ объектов и явлений.

5. Особенности пространственного восприятия

а. Зеркальное изображение букв.

б. Неспособность действовать по инструкции.

в. Затруднения в разметке материала на уроках труда.

6. Для диагностики цветового гнозиса применяется

а. Проба Поппельрейтера.

б. Узнавание контурных фигур.

в. Подбор полосок и кругов разного цвета.

Темы рефератов

1. Особенности зрительного восприятия у младших школьников с умственной отсталостью.

2. Осмысленность и избирательность восприятия умственно отсталых детей и подростков.

3. Пространственное восприятие умственно отсталых первоклассников.

4. Слуховое восприятие школьников с умеренной степенью умственной отсталости.

5. Психологическая коррекция зрительного восприятия у младших школьников с умственной отсталостью.

6. Нейропсихологическая диагностика особенностей восприятия умственно отсталых детей и подростков

Литература

Бетелева Т. Г. Нейрофизиологические аспекты зрительного восприятия. М., 1983.

Выготский Л. С. Восприятие и его развитие в детском возрасте: Лекции по психологии. СПб.: Союз, 1997.

Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003.

Петрова В. Г., Белякова И. В. Психология умственно отсталых школьников. М.: Академия, 2002.

Соловьев И. М. Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей. М.: Просвещение, 1966.

Шипицына Л. М. Нейропсихологическое исследование детей с проблемами в развитии // Дефектология. 1999. № 1.

Шиф Ж. И. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы. М., 1965.

Глава 6

Особенности внимания у лиц с легкой степенью умственной отсталости

Внимание – важный компонент деятельности человека, требующей организованности и точности. Вместе с тем внимание считают одним из главных показателей общей оценки уровня развития личности индивида (Н. Ф. Добрынин).

Психологи отмечают существенные отклонения в развитии внимания для детей с проблемами в интеллектуальном развитии. Многие ученики данной категории не могут концентрировать свое внимание, что проявляется в отвлекаемости от выполняемой деятельности и переключении на другие объекты (Петрова В. Г., Белякова И. В., 2002).

Л. С. Выготский отмечает в своих работах, что недоразвитие высших форм внимания у умственно отсталых детей объясняется «расхождением их органического и культурного развития».

Для внимания умственно отсталых детей и подростков характерным является следующее:

- Преобладание непроизвольного внимания над произвольным. Усвоение учащимися школьных знаний предполагает сформированность произвольного внимания, которое у учащихся с интеллектуальной недостаточностью характеризуется целым рядом нарушений: небольшим объемом, слабой устойчивостью, переключаемостью, малой произвольностью и др. Умственно отсталым учащимся трудно прилагать усилия для удержания внимания, они часто отвлекаются, «перескакивают» с одного объекта на другой.

- Нарушения как активного, так и пассивного внимания.

- Низкий объем внимания. Установлено, что для младших школьников с умственной отсталостью характерен объем внимания, равный 2–3 объектам.

- Средний уровень устойчивости внимания ниже, чем у их нормально развивающихся сверстников. В среднем умственно отсталые учащиеся в состоянии выполнять несложную работу в течение 15–20 минут. Учащиеся с преобладанием процессов торможения имеют самые низкие показатели устойчивости внимания.

- Низкий уровень развития распределения внимания. Учащимся с умственной отсталостью малодоступно

одновременное выполнение двух операций. Как правило, ими выполняется наиболее легкий вид деятельности.

- Трудности при переключении внимания с одного объекта на другой в силу патологической инертности процессов возбуждения и торможения особенно характерны для детей младшего школьного возраста. Чрезмерное количество разнообразных видов деятельности, используемых учителем в ходе урока, приводит к быстрой утомляемости учащихся, следствием которой является неосознанное переключение внимания с выполняемого задания на что-то другое, оказавшееся в поле их зрения, т. е. происходит отвлечение внимания от выполняемой задачи. (Лиепинь С. В., 1977).

- Быстрая утомляемость внимания.

Методы изучения внимания у детей и подростков с умственной отсталостью

Таблицы Шульте

Методика применяется для исследования темпа сенсомоторных реакций, распределения и устойчивости внимания.

Исследование проводится при помощи 5 таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25 (рис. 1). Испытуемый должен находиться на таком расстоянии от вертикально расположенной таблицы, чтобы видеть ее целиком. Испытуемый приступает к выполнению задания после устной инструкции.

Инструкция: «На таблице 25 цифр. Необходимо как можно быстрее найти и показать указкой все цифры по порядку от 1 до 25».

Экспериментатор фиксирует и заносит в протокол время выполнения задания по каждой из пяти таблиц. При обработке результатов обследования подсчитывается общее время поиска цифр по всем пяти таблицам. Для последующего сопоставления данных по объему внимания с другими характеристиками аттенционной функции осуществляется перевод показателей объема внимания в шкальные оценки.

Показателем вработываемости является значительное уменьшение времени выполнения задания по второй таблице в сравнении с первой.

Показателем истощаемости является резкое увеличение времени выполнения задания по последней таблице по сравнению с первой.

Показателем неустойчивости внимания служат резкие колебания времени выполнения задания по каждой из таблиц в

сравнении со средним временем.

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

Рис. 1. Образец таблицы Шульте

Методика Пьерона – Рузера

Целью исследования является определение уровня концентрации внимания, его переключения и распределения, вработываемости в деятельность и утомляемости. Методика также дает представление о скорости и качестве формирования простой программы деятельности, степени развития элементарных графических навыков, зрительно-моторной координации.

Перед началом выполнения задания ребенку показывают бланк (рис. 2) и объясняют, как с ним работать: в каждой из фигур нужно проставить тот знак, который задан в образцах, расположенных в верхней части бланка. В некоторых случаях целесообразно верхние четыре фигуры на бланке использовать для демонстрации того, как их нужно заполнять. Важно, чтобы метки в фигуре не совпадали с ее формой. Знаки нужно расставлять подряд и построчно.

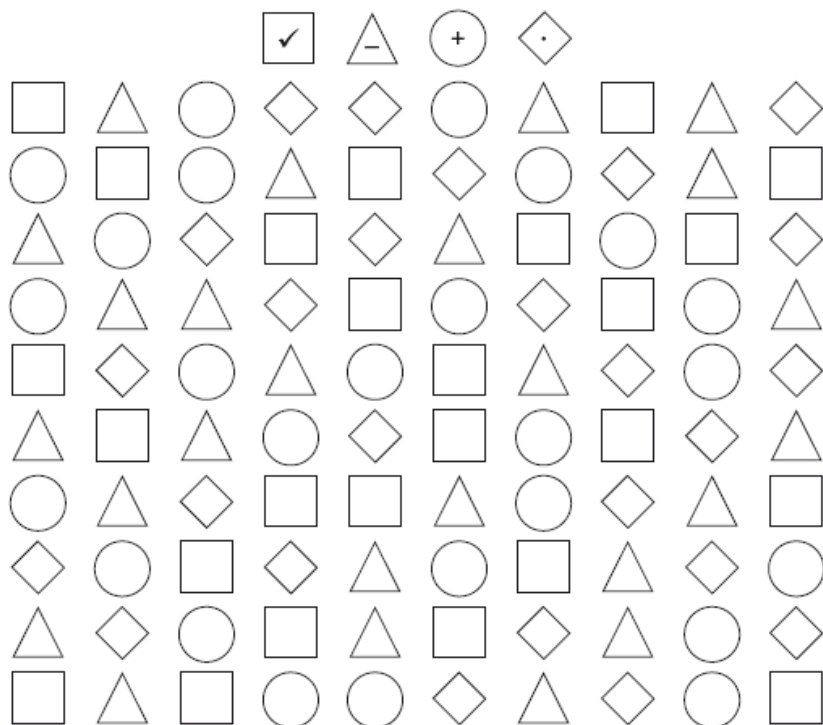


Рис. 2. Бланк к методике Пьерона – Рузера

Экспериментатор в ходе исследования контролирует время с помощью секундомера и подает команды «Начали!» и «Стоп!».

Далее возможны два варианта процедуры исследования – укороченный и полный, с соответствующими способами обработки результатов. При укороченном варианте время работы ограничивается 60 секундами, а оценка производится по количеству просмотренных фигур. При полном варианте ребенок непрерывно работает, выполняя это задание в течение 2 минут, а общий показатель переключения и распределения его внимания определяется по формуле:

$$S = (0,5N - 2,8n)/120,$$

где S – показатель переключения и распределения внимания;

N – количество геометрических фигур, помеченных соответствующими знаками за 2 минуты; n – количество ошибок (неправильно проставленные знаки или пропущенные фигуры).

Экспериментальное изучение особенностей внимания у умственно отсталых учащихся

Задание 1. Проведите диагностику объема внимания, его устойчивости и истощаемости у умственно отсталых подростков.

Задание 2. Проведите исследование динамики внимания у младших школьников с умственной отсталостью в течение учебного дня.

Задание 3. Проведите диагностику устойчивости, концентрации и переключаемости внимания у школьников с умственной отсталостью.

Контрольные вопросы

1. Особенность внимания младших школьников с умственной отсталостью

а. Уровни произвольного и непроизвольного внимания практически равны.

б. Низкий уровень развития концентрации внимания.

в. Недоступность одновременного выполнения нескольких операций.

2. Как отражается на усвоении учебного материала преобладание непроизвольного внимания над произвольным у умственно отсталых учащихся?

а. В повышенной утомляемости.

б. В низкой работоспособности.

в. В неспособности к волевому усилию.

3. Особенности внимания у детей с умственной отсталостью с преобладанием процессов торможения

а. Низкий объем внимания.

б. Повышенная вrabатываемость.

в. Чрезмерная отвлекаемость.

4. При распределении внимания у младших школьников проявляется:

а. Неспособность к длительному сосредоточению.

б. Затруднение при переносе внимания с одного вида деятельности на другой.

в. Неспособность к выполнению двух действий одновременно.

5. Методика, изучающая внимание, валидная для умственно отсталых первоклассников

а. Таблицы Шульте.

б. Проба Мюнстенберга.

в. Методика Пьерона – Рузера.

Темы рефератов

1. Динамика внимания умственно отсталых младших школьников.
2. Методы психологической коррекции внимания у детей с умственной отсталостью.
3. Особенности внимания у младших школьников с умственной отсталостью.
4. Сравнительная характеристика внимания у первоклассников и учеников средней школы с умственной отсталостью.
5. Особенности внимания у школьников с качественно различной структурой дефекта.

<i>Литература</i>

Выготский Л. С. Развитие высших форм внимания в детском возрасте // Хрестоматия по вниманию. М., 1976.

Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 2000. *Петрова В. Г., Белякова И. В.* Психология умственно отсталых школьников. М.: ACADEMIA, 2002.

Соловьев И. М. Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей. М.: Просвещение, 1980.

Глава 7

Особенности памяти у детей и подростков с легкой степенью умственной отсталости

Память – это форма психического отражения действительности, заключающаяся в запоминании, сохранении и в последующем воспроизведении прошлого опыта.

В психологии различают несколько видов памяти. По модальности память подразделяется на зрительную, слуховую, осязательную и обонятельную. В соответствии с характером запоминаемого материала выделяют вербальную, образную, двигательную и эмоциональную память. С учетом длительности хранения информации память бывает кратковременной и долговременной. В кратковременной и долговременной памяти материал может фиксироваться произвольно и непроизвольно.

Особенности памяти умственно отсталых детей и подростков: неспособность к целенаправленному запоминанию;

- замедленный темп усвоения нового материала;
- низкий объем памяти (объем равен 3–4 объектам);
- слабость произвольной памяти;
- низкая точность воспроизведения;
- сниженная способность к логическому запоминанию;
- преобладание непроизвольного запоминания.
- Причины снижения памяти у детей и подростков с

умственной отсталостью:

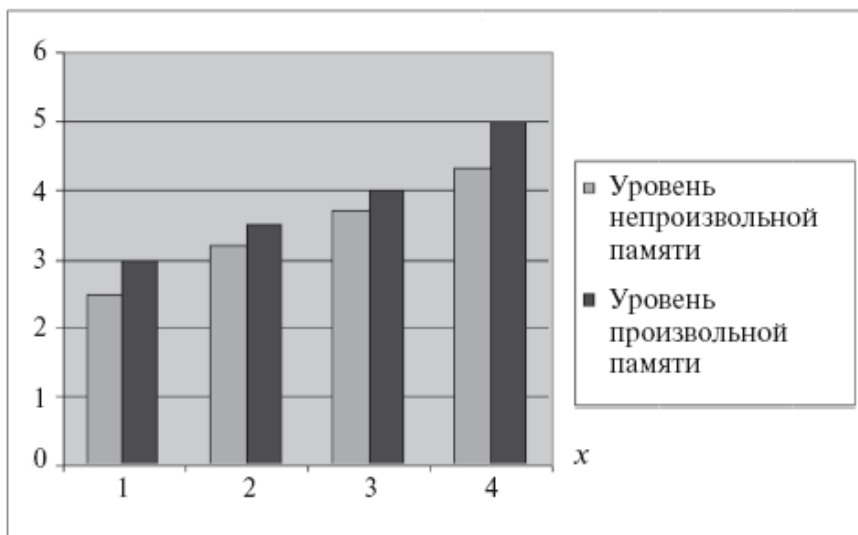
- Слабость замыкательной функции коры головного мозга обуславливает малый объем и замедленный темп формирования новых условных связей и их непрочность.

- Ослабление активного внутреннего торможения, обуславливающее недостаточную концентрированность очагов возбуждения, приводит к тому, что воспроизведение учебного материала многими умственно отсталыми детьми отличается крайней неточностью.

- Временное внешнее торможение корковой деятельности.

- Фрагментарность восприятия, плохое понимание воспринимаемого материала приводит к затруднению запоминания внутренних логических связей и отношений.

На рис. 3 представлен график динамики уровня памяти у детей с умственной отсталостью в начальной школе.



Примечание: ось x – 1–4-е классы

Рис. 3. Динамика развития памяти у младших школьников с умственной отсталостью

Объем кратковременной зрительной памяти у младших школьников с умственной отсталостью составляет 3–4 единицы. Следует обратить внимание, что уровни непроизвольной и произвольной памяти практически совпадают, что не может не отразиться на эффективности учебного процесса. В учебном процессе ведущая роль принадлежит произвольному запоминанию, на нем базируется усвоение учащимися знаний, например стихотворений, правил, пословиц, таблицы умножения. Многие исследователи отмечали неспособность целенаправленно заучивать и припоминать материал как характерную особенность памяти умственно отсталого школьника (С. Я. Рубинштейн, Г. М. Дульнев, Б. И. Пинский). Неумение целенаправленно запоминать материал в учебной практике выражается в неспособности умственно отсталого ребенка выучить короткое стихотворение, запомнить правило и пользоваться им, выучить таблицу умножения. При заучивании таблицы умножения и дальнейшем ее использовании достаточно часто наблюдается следующее: умственно отсталый ребенок не может вспомнить пример изолированно. Ученик массовой школы отвечает таблицу умножения «в разной», умственно отсталый школьник должен вспомнить все примеры, начиная с умножения на единицу для того, чтобы дойти до нужного примера. Например, при ответе на вопрос «Сколько будет 2 умножить на 5» ученик с умственной

отсталостью будет вспоминать все примеры из столбика умножения на 2, пока не дойдет до нужного примера. В этом заключается одна из особенностей припоминания материала умственно отсталым ребенком.

Изучение памяти умственно отсталых детей и подростков

Изучение слуховой памяти

Назначение: Оценка состояния памяти, утомляемости, активности внимания.

Стимульный материал: Набор из 10 не связанных между собой логически слов. Например: лес, брат, вода, хлеб, окно, мед, конь, дом, яйцо, друг.

Инструкция и процедура проведения: В данном эксперименте необходима очень большая точность произнесения и неизменность инструкции. Инструкция состоит из нескольких этапов. Первое объяснение: «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда кончу читать, сразу же повтори столько, сколько запомнишь. Повторять можно в любом порядке,

порядок роли не играет. Понятно?» Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор ставит в своем протоколе крестики под этими словами. Затем экспериментатор продолжает инструкцию (второй этап).

Продолжение инструкции. Второе объяснение: «Сейчас я снова прочту те же самые слова, и ты опять должен(на) повторить их – и те, которые уже назвал(а), и те, которые в первый раз пропустил (а), все вместе, в любом порядке». Экспериментатор снова ставит крестики под словами, которые воспроизвел испытуемый. Затем опыт снова повторяется 3, 4 и 5 раз, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит: «Еще раз».

В случае если испытуемый называет какие-либо лишние слова, экспериментатор обязательно записывает их рядом с крестиками, а если слова эти повторяются, ставит крестики и под ними. В случае если ребенок пытается вставлять в процессе опыта какие-либо реплики, экспериментатор его останавливает. Никаких разговоров во время этого опыта допускать нельзя.

После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к другим экспериментам, а в конце исследования, т. е. примерно спустя 50–60 минут, снова просит воспроизвести эти слова (без напоминания). Чтобы не ошибиться, эти повторения лучше отмечать не крестиками, а кружочками.

Регистрируемые показатели: На каждом этапе исследования заполняется протокол. Под каждым воспроизведенным словом в

строчке, которая соответствует номеру попытки, ставится крестик. Если испытуемый называет лишнее слово, оно фиксируется в соответствующей графе. Слова, которые испытуемый воспроизвел спустя час, фиксируются в протоколе кружочками. Подсчитывается общее количество слов, которое воспроизвел испытуемый при каждой попытке.

Изучение зрительной непроизвольной и произвольной памяти

Назначение: Определение объема зрительной непроизвольной и произвольной памяти.

Стимульный материал: Два набора по 10 карточек.

А. Изучение зрительной непроизвольной памяти

Процедура проведения: Картинки предъявляются по одной (приблизительно одна картинка в секунду).

Инструкция: «Сейчас я буду тебе показывать картинки, а ты внимательно на них посмотри». Затем ребенку предлагается назвать предметы, которые он запомнил. Порядок воспроизведения значения не имеет. В протоколе фиксируется количество правильных воспроизведений.

Регистрируемые показатели: За каждое правильное воспроизведение выставляется по 1 баллу.

Б. Изучение зрительной произвольной памяти

Инструкция: «Я тебе буду показывать картинки, а ты постарайся запомнить, что на них нарисовано».

Процедура проведения: Картинки предъявляются по одной (приблизительно одна картинка в секунду). Затем ребенку предлагается назвать предметы, которые он запомнил. Порядок воспроизведения значения не имеет. В протоколе фиксируется количество правильных воспроизведений.

Регистрируемые показатели: За каждое правильное воспроизведение выставляется по 1 баллу.

Изучение опосредованного запоминания

Назначение: Исследование опосредованного запоминания, анализа характера мышления, способности ребенка к образованию смысловых связей между словом и наглядным образом (картинкой).

Стимульный материал: Для проведения эксперимента необходимо иметь наборы изображений предметов (картинки) и наборы слов. Рисунки могут быть без особого ущерба для дела изготовлены и кустарно. Важно, чтобы они были четкими. Рисунки должны быть выполнены на карточках, размер каждой из которых приблизительно 5×5 см.

Инструкция и процедура проведения: Перед ребенком

раскладывают рядами все карточки серии в любом порядке, но так, чтобы все они были ему видны. Затем говорят: «Тебе нужно будет запомнить ряд слов. Для того чтобы это было легче делать, нужно каждый раз, когда я буду называть слово, выбирать такую карточку, которая потом поможет припомнить слово. Вот, например, первое слово, которое нужно запомнить (смотря по тому, какую серию предлагают, если четвертую, то слово «дождь»). Здесь дождь нигде не нарисован, но можно выбрать карточку, которая поможет запомнить это слово». После того как ребенок выберет карточку, ее откладывают в сторону и спрашивают: «Как эта карточка напомнит про дождь?» Если ребенок приступает к работе неохотно, то такие вопросы можно задавать после предъявления третьего или четвертого слова. Все отобранные карточки откладывают в сторону.

Регистрируемые показатели: Спустя 40 минут или час, т. е. перед концом исследования (после того как проделаны какие-либо совсем другие эксперименты), ребенку в произвольном порядке показывают по одной карточке и просят припомнить, для запоминания какого слова эта карточка была отобрана. При этом обязательно спрашивают, как удалось припомнить или чем эта карточка напомнила соответствующее слово. За каждое воспроизведенное слово ставится 1 балл.

Здесь нет правильного или неправильного выбора. Важно то, что испытуемый установил содержательную смысловую связь между предъявленным для запоминания словом и тем, что изображено на карточке. Подсчитывается общее количество баллов, проводится сравнение нарисованных пиктограмм и воспроизведение слов.

Задания для самостоятельной работы

Экспериментальное изучение памяти у младших школьников и подростков с умственной отсталостью

Задание 1. Проведите изучение опосредованного запоминания у младших школьников и подростков с умственной отсталостью.

Задание 2. Проведите изучение зрительного произвольного и произвольного запоминания у умственно отсталых первоклассников. Сравните уровни развития памяти.

Задание 3. Проведите изучение слуховой памяти у умственно отсталых старших подростков. Начертите «кривую запоминания».

Контрольные вопросы

1. Причины низкого развития памяти у школьников с

умственной отсталостью

- а. Недоразвитие самоконтроля и саморегуляции.
- б. Временное внешнее торможение корковой деятельности.
- в. Сниженный уровень познавательной деятельности.

2. Для памяти умственно отсталых характерны

- а. Низкий объем кратковременной памяти.
- б. Повышенная истощаемость.
- в. Неточность воспроизведения.

3. Объем произвольного запоминания у умственно отсталых с преобладанием процессов возбуждения

а. Такой же, как у умственно отсталых школьников неосложненной формы.

б. Выше, чем у умственно отсталых школьников неосложненной формы.

в. Ниже, чем у умственно отсталых школьников неосложненной формы.

4. От чего зависит точность воспроизведения?

- а. Уровня развития волевых процессов.
- б. Осмысленности восприятия.
- в. Уровня развития внимания.

5. Для исследования зрительной памяти умственно отсталых первоклассников применяется

а. Тест «Запоминание 10 слов по А. Р. Лурия».

б. Тест «Пиктограммы».

в. Тест «Зрительная произвольная и произвольная память».

6. Приведите примеры низкого развития словесно-логической памяти умственно отсталых школьников

7. Приведите примеры особенностей памяти умственно отсталых учащихся в образовательном процессе

Темы рефератов

1. Особенности логической памяти у подростков с умственной отсталостью.

2. Сравнительный анализ состояния произвольной и произвольной памяти у младших школьников с умственной отсталостью.

3. Особенности ассоциативной памяти у подростков с умственной отсталостью.

4. Методы психологической коррекции памяти у умственно отсталых школьников.

5. Факторы, влияющие на процесс запоминания у детей с умственной отсталостью.

6. Состояние памяти у школьников с умеренной степенью умственной отсталости.

7. Особенности памяти умственно отсталых школьников с различной структурой дефекта.

<i>Литература</i>

Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. Т. 5. М.: Педагогика, 1984.

Петрова В. Г., Белякова И. В. Психология умственно отсталых школьников. М.: ACADEMIA, 2002.

Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника. М.: Просвещение, 1986.

Соловьев И. М. Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей. М.: Просвещение, 1980.

Глава 8

Особенности мышления умственно отсталых детей и подростков

Физиологическую основу мышления составляет сложнейшая аналитико-синтетическая деятельность коры больших полушарий головного мозга, выполняемая первой и второй сигнальной системами. Ведущая роль в мыслительной деятельности индивида принадлежит второй сигнальной системе, т. е. речи. Речь является материальной основой мышления. Речь сопровождает все виды мышления.

Предметы и явления действительности обладают такими свойствами и отношениями, которые можно познать непосредственно, при помощи ощущений и восприятий (цвета, звуки, формы, размещение и перемещение тел в видимом пространстве), а также такими свойствами и отношениями, которые можно познать лишь опосредованно и благодаря обобщению, т. е. посредством мышления. Мышление – это опосредованное и обобщенное отражение действительности, вид умственной деятельности, заключающейся в познании сущности вещей и явлений, закономерных связей и отношений между ними.

Первая особенность мышления – его опосредованный характер. То, что человек не может познать прямо, непосредственно, он познает косвенно, опосредованно: одни свойства через другие, неизвестное через известное. Мышление всегда опирается на данные чувственного опыта – ощущения, восприятия, представления – и на ранее приобретенные теоретические знания. Косвенное познание и есть познание опосредованное.

Вторая особенность мышления – его обобщенность. Обобщение как познание общего и существенного в объектах действительности возможно потому, что все свойства этих объектов связаны друг с другом. Общее существует и проявляется лишь в отдельном, в конкретном.

Обобщения люди выражают посредством речи, языка. Словесное обозначение относится не только к отдельному объекту, но также и к целой группе сходных объектов. Обобщенность также присуща и образам (представлениям и даже восприятиям). Но там она всегда ограничена наглядностью. Слово же позволяет обобщать безгранично. Философские понятия материи, движения, закона, сущности, явления, качества,

количества и т. д. – широчайшие обобщения, выраженные словом.

Мышление – высшая ступень познания человеком действительности. Чувственной основой мышления являются ощущения, восприятия и представления. Через органы чувств – эти единственные каналы связи организма с окружающим миром – поступает в мозг информация. Содержание информации перерабатывается мозгом. Наиболее сложной (логической) формой переработки информации является деятельность мышления. Решая мыслительные задачи, которые перед человеком ставит жизнь, он сопоставляет, делает выводы и тем самым познает сущность вещей и явлений, открывает законы их связи, а затем на этой основе преобразует мир.

Мышление не только теснейшим образом связано с ощущениями и восприятиями, но оно формируется на их основе. Переход от ощущения к мысли – сложный процесс, который состоит прежде всего в выделении и обособлении предмета или признака его, в отвлечении от конкретного, единичного и установлении существенного, общего для многих предметов.

Мышление выступает главным образом как решение задач, вопросов, проблем, которые постоянно выдвигаются перед людьми жизнью. Решение задач всегда должно дать человеку что-то новое, новые знания. Поиски решений иногда бывают очень трудными, поэтому мыслительная деятельность, как правило, деятельность активная, требующая сосредоточенного внимания, терпения. Реальный процесс мысли – это всегда процесс не только познавательный, но и эмоционально-волевой.

Изучение особенностей мыслительной деятельности умственно отсталых школьников является одним из важнейших направлений специальной психологии. Расстройства мышления – первейший признак умственной отсталости.

Мышление умственно отсталых детей развивается по тем же законам, что и у интеллектуально полноценных. Вместе с тем оно имеет ряд особенностей:

- Мышление развивается значительно медленнее и в гораздо более поздние сроки. Не все виды мышления, особенно словесно-логическое, достигают у детей с умственной отсталостью такого уровня, который прослеживается в мыслительной деятельности детей с нормальным интеллектом.

- Затруднения в обобщении. Обобщения часто носят случайный, а не родовой характер. Так, например, из ряда «картофель, морковь, банан, лук» исключается банан, потому что «его нельзя жарить». Отмечается неспособность группировать объекты после изменения параметров.

- Сниженная, по сравнению с нормой, способность к

классификации.

- Неспособность действовать по аналогии. При решении мыслительных задач умственно отсталые школьники часто не могут перенести способ решения с одной задачи на другую. Данная особенность проявляется на уроках математики, когда изменение условия задачи при схожести способа решения вызывает значительные трудности у умственно отсталых школьников.

- Анализ отличается бедностью, непоследовательностью и фрагментарностью: при анализе выделяются 2–3 детали (норма – 6–7), схожие детали при анализе остаются незамеченными, бессистемность анализа, выражающаяся в беспорядочном рассмотрении предмета, при анализе часто одни и те же детали называются по несколько раз, а главные детали остаются незамеченными.

- Следствием подобного анализа является неадекватный, фрагментарный синтез.

- Неспособность к установлению причинно-следственной связи между объектами и явлениями, непонимание последовательности событий.

- Снижение способности к сравнению: умственно отсталые дети не умеют последовательно выделять и сопоставлять соответственные признаки сравниваемых предметов. Различия предметов находятся проще, чем сходство. Нахождение сходства, в свою очередь, происходит по упрощенной схеме. Умственно отсталые ученики чаще опираются на зрительно воспринимаемые признаки объекта, не обращая внимания на функциональные.

- Недоразвитие абстрактного мышления. Еще Л. С. Выготский отмечал, что недоразвитие абстрактного мышления является главной отличительной особенностью умственно отсталых. Для детей и подростков с умственно отсталостью характерным является непонимание метафорического, переносного смысла. Этим объясняется сложность в понимании и трактовке пословиц, поговорок, загадок.

- Нарушение динамики мыслительной деятельности проявляется в форме лабильности и инертности мышления. Инертность мышления, затрудненность переключения с одной мысли на другую, т. е. вязкость мышления, проявляется в обстоятельности и излишней детализации. У таких умственно отсталых обнаруживается замедленность, тугоподвижность интеллектуальных процессов, при решении задач появляется стереотипность мышления.

Изучение мышления у умственно отсталых детей и

подростков

Методика «Что лишнее» (невербальный вариант)

Назначение: Определение способности к обобщению, умение дифференцировать существенные и несущественные признаки предметов.

Стимульный материал: Десять карт с изображением стандартизированного набора из 4 предметов, один из которых не может быть обобщен с другими по общему с ними существенному признаку, т. е. он лишний.

Инструкция: Рассмотрите внимательно картинку. Какой предмет здесь лишний? Почему? (Какой предмет здесь оказался случайно, по ошибке?) Подумай и скажи, как назвать одним словом остальные предметы?

Процедура: В указанной последовательности предъявляются 10 карт. Полный ответ ребенка по каждой карте вносится в протокол.

Обработка: Каждая карта оценивается отдельно по правильности обобщения и наличию или отсутствию обобщающего слова.

Методика «Последовательные картинки»

Назначение: Изучение особенностей установления причинно-следственных связей и отношений между объектами и событиями.

Стимульный материал: Наборы картинок, связанных между собой сюжетом.

Инструкция: Разложи картинки по порядку и составь по ним рассказ.

Процедура: Перед ребенком выкладываются картинки первого набора. Предлагается разложить картинки в соответствии с логикой развития сюжета и составить рассказ. Ребенок выполняет задание. Затем предлагается разложить по порядку картинки из следующих наборов и составить по ним рассказ.

Обработка: Каждое задание оценивается следующим образом:

1-й уровень – разложил без ошибок, без дополнительных и поправочных действий;

2-й уровень – разложил верно, самостоятельно внес поправки;

3-й уровень – сделал одну ошибку и при обосновании ее исправил;

4-й уровень – сделал одну ошибку и не справился с обоснованием;

5-й уровень – разложил картинки без установления логической последовательности или отказался выполнить задание.

Затем подсчитывается общий уровень выполнения задания.

Понимание сюжетных картинок («Нелепицы»)

Назначение: Выявление понимания содержания и смысла сюжетных картинок, способности на основе анализа и синтеза сделать простейшие обобщения. Эмоциональная реакция на нелепость в изображении (смех, улыбка, удивление).
Определение запаса представлений об окружающем.

Оборудование: Картинки с изображением нелепостей.



Рис. 4. Пример картинки с изображением нелепостей

Инструкция: Посмотри и скажи, что здесь произошло.

Процедура выполнения: Перед ребенком кладут две картинки без комментариев.

Дается 1–2 минуты на рассматривание (взрослый следит за эмоциональными проявлениями). Если со стороны ребенка нет какой-либо реакции, то его спрашивают: «Что перепутал художник?»

Задания для самостоятельной работы

Экспериментальное изучения мышления у младших школьников и подростков с умственной отсталостью

Задание 1. Проведите изучение наглядно-действенного и наглядно-образного мышления у умственно отсталых первоклассников. Сделайте вывод о преобладании одного из видов мышления.

Задание 2. Проведите изучение уровня развития словесно-логического мышления у подростков с умственной отсталостью.

Задание 3. Проанализируйте уровень развития операций мышления у учащихся с умственной отсталостью.

Контрольные вопросы

1. Почему изучение мышления умственно отсталых школьников является одним из важнейших направлений специальной психологии?

а. Это является одной из задач специальной психологии.

б. Недоразвитие мышления – один из главных признаков умственной отсталости.

в. Для определения оптимального образовательного маршрута.

2. Как недоразвитие мышления отражается на усвоении знаний умственно отсталыми учащимися?

а. Сложность в усвоении таблицы умножения.

б. Трудность в выборе действия при решении арифметических задач.

в. Трудность в применении правила на практике.

3. Как вы считаете, какой вид мышления будет доминирующим у младшего школьника с умственной отсталостью?

а. Наглядно-действенный.

б. Наглядно-образный.

в. Словесно-логический.

4. Особенности аналитико-синтетической деятельности умственно отсталых заключается в... (выбери правильные ответы)

- а. Фрагментарность и разорванность анализа и синтеза.
- б. Недоразвитие абстрактного мышления.
- в. Непонимание последовательности событий.

Темы рефератов

1. Особенности словесно-логического мышления у подростков с умственной отсталостью.
2. Трудности в диагностики операций мышления у умственно отсталых младших школьников.
3. Особенности разных видов мышления учащихся с умственной отсталостью.
4. Взаимосвязь мышления умственно отсталого ребенка с другими познавательными процессами.
5. Критичность умственно отсталых подростков.
6. Особенности мышления умственно отсталых дошкольников.
7. Понимание метафор умственно отсталыми подростками.
8. Роль речи в развитии мышления у детей с умственной отсталостью.

<i>Литература</i>

Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. Т. 5. М.: Педагогика, 1984.

Матасов Ю. Т. Изучение мыслительной деятельности учащихся вспомогательной школы. Л., 1986.

Петрова В. Г., Белякова И. В. Психология умственно отсталых школьников. М.: ACADEMIA, 2002.

Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника. М.: Просвещение, 1986.

Стадненко Н. М. Особенности мышления учащихся вспомогательной школы. Киев, 1980.

Соловьев И. М. Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей. М.: Просвещение, 1980.

Стребелева Е. А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии. М.: Владос, 2004.

Глава 9

Моторные расстройства у умственно отсталых лиц

Классификация моторных расстройств

Негативные симптомы (нормальная двигательная функция выпадает): параличи, ограничения координации движений (при повреждении мозжечка).

Позитивные симптомы (патологические движения): гиперкинезы (патологически усиленная моторика, иногда с непроизвольными движениями), миоклонии (толчкообразные сокращения отдельных мышц), тики (непроизвольные координированные движения, краткие подергивания мышц), изменения мышечного тонуса, например, при ригидности (патологическое повышенное мышечное напряжение).

Первично-органические расстройства. При таких расстройствах нарушения происходят в мышечной, скелетной и нервной системах.

Психогенные двигательные расстройства. Наличие таких нарушений доказать невозможно. На их возникновение влияют психические факторы; их улучшение достигается под влиянием психотерапии; картина проявлений не сопоставима с симптоматикой известных органических двигательных расстройств, имеются признаки какого-либо психического расстройства.

Расстройства, возникающие вследствие неадекватной компенсации. Заученная двигательная программа заменяется неэргономичными движениями (писчий спазм).

Моторные расстройства: этиология, анализ условий возникновения

Функции при регуляции движений

Расстройства инициирования движений и расстройства их выполнения, т. е. расстройства программного выполнения, регулирования и координации движений. Регуляция посредством двигательной программы. Искажение сенсорной обратной связи. Пример: искажение речи при нарушении акустической обратной связи. Расстройства координации – различные мышцы не согласуются между собой во времени или в силе.

Движение начинается с программирования. Программа готова, но она должна приспосабливаться к требуемому

движению. Расстройства могут распознаваться лишь при выполнении движения.

Расстройства выполнения движений

Сюда относятся расстройства программы управления, регуляции и координации.

Расстройства программы управления. Насколько существующих программ координируют движения и приспособливают их к новым условиям. Например, расстройства параметризации двигательных программ при синдроме паркинсонизма. Программа сохранена, но не обеспечивает адекватности различных движений.

Расстройства регуляции. Зрительно-моторное рассогласование при оптической атаксии – следствие повреждения задней области теменных долей.

Расстройства координации. В движении участвуют мышцы, которые должны сокращаться в определенной последовательности и с определенной интенсивностью, но не делают этого.

Избыточная активность. Мышечное напряжение возрастает больше необходимого. Одновременно сокращаются мышцы-антагонисты. Пример: писчий спазм.

Кинетическая атаксия – расстройство целенаправленных движений. Пример: интенционный тремор.

Синергии (одновременное сокращение не участвующих в движении мышц) – торможение активности внутри рефлекторных дуг. Возникает при нарушении регуляции мозжечком сочетанного действия различных мышц.

Возрастные различия двигательной активности

Младенчество. Массовые недифференцированные движения автоматического и защитного характера. Паллидум, затем стриатум.

Лазание, обхватывание, недифференцированные реакции страха. Симптомы Бабинского, Моро, атетоидные движения, супинальное положение ног, а затем дорсальная и плантарная флексия. Хватательные рефлексы.

Ползание предшествует хождению. 1–2 года. Неуклюжие и неустойчивые движения. Нет достаточной регуляции тонуса. Появляются выразительные и защитные, затем обиходные движения. Стриатум развит. Положение тела отличается лордозом.

3–7 лет. Подвижны и грациозны. Способность к передвижениям и выразительным движениям. Двигательное

богатство за счет свободных движений и совершается за счет точности. От точных движений утомляются и стремятся к играм, где движения свободны. Преобладает выразительная, изобразительная и обиходная моторика. Неумолимость связана с отсутствием продуктивных движений, требующих преодоления сопротивления и точности, а следовательно, и большой затраты энергии. Темп, ритм, иннервация и денервация уже развиты хорошо. Начинают развиваться корковые функции. Уменьшается число синкинезий, сила движений слаба. Недостаточны последовательные и непрерывные движения, их точность.

7—10 лет. Научаются пользоваться своим двигательным аппаратом. Появляются личные особенности мимики и жестов. Движения становятся экспрессивными. Только при аффекте движения старые массовые (стриопаллидарные).

10—13 лет. Несколько уменьшается богатство движений. Налаживаются мелкие точечные. Остается неспособность к длительной установке на продуктивную работу из-за недостаточности фронтальных механизмов.

Пубертатный возраст. Некоторая гармония нарушается. Происходит перестройка моторного аппарата. Богатство движений без детской грации. Нарушается умение владеть движениями, соразмерять их. Движения неловкие, угловатые, избыточные гримасы, недостаток координации, нарушение торможения. Центр отстает от роста периферии. Освобождаются примитивные механизмы. Плохо соизмеряется с препятствиями, нет экономии движений. Полярные колебания. Конституциональные особенности заостряются. Замедление и эксплозивность моторных функций. Возбуждение и угнетение. Инфантильная подвижность и паретическая слабость.

Взрослый. Налаживается окончательный моторный облик. Достигается экономия движений. Установка продуктивности на принципе максимума результатов при минимуме затрат сил. Улучшается техника движений. Гармоничная совокупность движений. Характерны посадка, ритм, темп, мимика и т. д. Автоматизация менее ответственных движений. Способность к производству одновременно нескольких движений.

Двигательная недостаточность

Моторный инфантилизм Гомбургера – это моторные проявления, свойственны раннему детству. Например, запаздывание времени начала сидения, ходьбы; хватательные движения ног, вялость мускулатуры шеи, головы и т. д. Характерна дорсальная флексия большого пальца, симптом Моро, атетоидные движения.

Причина – неустановившиеся отношения между пирамидной и экстрапирамидной системами. Наблюдается у глубоко умственно отсталых лиц.

Моторная дебильность Дюпре. Характерны *синкинезии* (излишние движения) как следствие недостаточной дифференцированности движений (например, при попытках закрыть один глаз закрывается и другой); *паратонии* – *сопротивление при пассивных движениях* из-за недостаточной денервации (расслабления мускулатуры); *повышение сухожильных и понижение кожных рефлексов*; *неловкость произвольных движений*; *длительное пребывание в одном и том же положении, в одной и той же позе*, когда как бы забывает о своих частях тела, оставляя их в неудобном положении (симптом Коллэна). *Дефекты речи. Нарушения походки. Недержание мочи. Левшество. Недостаток или отсутствие ритмичности.*

Причина – недостаток развития пирамидной системы. Наблюдается у нормальных лиц (2 %), но чаще у умственно отсталых индивидов (у глубоких – в 75 %, у тяжелых – в 44 %, у умеренных и легких – в 25 %). Поддается исправлению.

Экстрапирамидная недостаточность Гомбургера – Якоба.

Характеризуется недостаточностью выразительных и изобразительных движений (мимики, жестикуляции, танцев, пластики), недоразвитием автоматических ассоциированных и защитных движений (походка куклы, манекена, скованность, заторможенность, связанность движений).

Встречается у умственно отсталых детей. Корректировать трудно.

Фронтальная недостаточность моторики Гуревича. Резкая психомоторная подвижность, кажущееся богатство движений, отсутствие возможности производить целесообразно последовательные и продуктивные движения (ребенок не может сам одеться, самостоятельно есть). Недоразвитие или отсутствие речи при сравнительно хорошем ее понимании.

Наблюдается у глубоко умственно отсталых, нередко после менингоэнцефалита. Коррекция крайне незначительна.

Диагностика психомоторики

Оценка психомоторики осуществляется посредством учета жалоб детей и их родителей; используются также опросы воспитателей и близких, занимающихся воспитанием детей. Важным методом постановки диагноза является наблюдение за поведением детей (для оценки движений производят сравнение с нормой).

Метод исследования жизненно необходимых движений
(Дернова-Ярмоленко, 1931).

Тест 1. Ходьба по линии с шашками (4 м). Ходьба по кругу. Ходьба по квадрату.

Тест 2. Хватание (перекладывание предметов).

Тест 3. Лечь и встать (подъем из положения на спине лицом вверх).

Тест 4. Меткость (бросание мяча в круги).

Тест 5. Перескок – сила ног (прыжки в длину с разбега).

Тест 6. Удар – сила руки (удар по подвешенному мячу).

Тест 7. Перенос тяжести (перенос самостоятельно выбранного наиболее тяжелого груза по линии и обратно).

Тест 8. Прыжки на одной ноге – динамическая выносливость (скакать на одной ноге как можно дальше).

Тест 9. Держание рук – статическая выносливость (удерживание вытянутых рук в стороны).

Метрическая шкала для исследования моторной одаренности у детей и подростков от 4 до 16 лет (Озерцкий Н. И., 1923)

Эта шкала на определение статической и динамической координации на скорость и одновременность движений, на силу движений и отчетливость их выполнения. Тесты оценки моторики объединены в 5 групп (по 5 тестов в каждой). Состав и направленность тестов по отдельным компонентам развития двигательной сферы следующие:

1) статическая координация (способность стоять в течение 15 секунд с закрытыми глазами; то же поочередно на правой и левой ногах, на цыпочках, на носках, при различных положениях туловища);

2) динамическая координация и соразмерность движений (передвижение прыжками на правой и левой ногах; прохождение лабиринтов попеременно правой и левой руками; вырезание кружка из бумаги; прочерчивание линий; прыжки с места в высоту);

3) скорость движений (укладывание 20 монет по 10 копеек в коробку; рисование вертикальных линий; раскладывание спичек; прокалывание отверстий в листе бумаги; нанесение точек на бумагу);

4) сила движений (сгибание, распрямление различных предметов);

5) сопровождающие движения (синкинезии) – поднимание бровей; намарщивание лба; движение кистями рук. Эти тесты не выполнены, если наряду с требуемыми появляются и другие

движения.

Имеются возрастные нормы и для выполнения каждой группы тестов, что позволяет проводить оценку профиля развития отдельных компонентов двигательных навыков. Возрастная шкала норм разделена на шесть уровней (4–6, 7–8, 9–10, 11–12, 13–14, 15–16 лет).

Изучение ручной умелости (Антипова Е.)

1. **Pointillage.** Нанесение карандашом точек на лист, разграфленный на 100 квадратов величиной по 1 см².

2. **Tapping.** Постукивание по бумаге с максимальной быстротой.

3. **Нанизывание** 30 бус с помощью иголки с ниткой.

4. **Вырезание.** Разрезание ножницами плотной бумаги производится по волнистой, а затем и по прямым линиям.

5. **Диски Вальтера.** Переставление тонких цилиндров из одной доски в другую.

6. **Прокалывание мишеней.** Испытуемый должен попасть иголкой в 10 мишеней, расположенных в квадрате (11 на 11 см).

Для изучения развития психомоторики проводится измерение общей двигательной активности, ходьбы. Применяются также «Методика исследования точности движений в условиях меняющегося положения тела», «Измерение мышечной силы кистей и становой силы», «Измерение статического и динамического тремора рук», «Метод исследования дифференцированности мышечного напряжения». Измеряют статическую мышечную выносливость, показатели мелкодвигательных координаций, показатели рабочих движений рук.

Определение ловкости пальцев при одновременной работе обеих рук (Давлетшин М. Г., 1971)

Эта методика используется для определения способностей испытуемого к тонкой координации движений. Используют мерную пластину с 43 парами отверстий для палочек-вкладышей. Испытуемый вставляет палочки в отверстия пластины двумя руками. Учитывается время работы.

Задания для самостоятельной работы.

Контрольные вопросы

1. Негативные симптомы моторных расстройств

а. Нормальная двигательная функция выпадает: параличи,

парезы.

б. Ограничения координации движений (при повреждении мозжечка).

в. Гиперкинезы (патологически усиленная моторика), миоклонии (толчкообразные сокращения мышц), тики (краткие подергивания мышц).

2. Позитивные симптомы (патологические движения)

а. Гиперкинезы (патологически усиленная моторика), миоклонии (толчкообразные сокращения мышц), тики (краткие подергивания мышц).

б. Нормальная двигательная функция выпадает: параличи, парезы.

в. Ограничения координации движений (при повреждении мозжечка).

3. Недоступные программы

а. Двигательная программа не вызывается из памяти. Пример: апраксия, связанная с нарушением деятельности левого полушария.

б. Ограничения координации движений (при повреждении мозжечка).

в. Гиперкинезы (патологически усиленная моторика), миоклонии (толчкообразные сокращения мышц).

4. Непроизвольный вызов программы

а. Апраксия, связанная с нарушением деятельности левого полушария.

б. Тики, т. е. короткие или даже продолжительные сокращения мышц.

в. Нормальная двигательная функция выпадает: параличи, парезы.

5. Неселективный вызов программ

а. Тики, т. е. короткие или даже продолжительные сокращения мышц.

б. Ограничения координации движений (при повреждении мозжечка).

в. При необходимости делать несколько движений возникает ступор.

6. Расстройства регуляции выполнения движений

а. Зрительно-моторное рассогласование при оптической атаксии.

б. Нормальная двигательная функция выпадает: параличи, парезы.

в. В движении участвуют ряд мышц, которые не сокращаются в определенной последовательности и с определенной интенсивностью.

7. Расстройства координации выполнения движений

а. Зрительно-моторное рассогласование при оптической атаксии.

б. В движении участвует ряд мышц, которые не сокращаются в определенной последовательности и с определенной интенсивностью.

в. Апраксия, связанная с нарушением деятельности левого полушария.

8. Моторный инфантилизм Гомбургера

а. Психомоторная подвижность, не производят последовательные и продуктивные движения (не может сам одеться).

б. Синкинезии, паратонии – сопротивление при пассивных движениях. Повышение сухожильных рефлексов. Неловкость произвольных движений.

в. Моторные проявления свойственны раннему детству.

9. Моторная дебильность Дюпре.

а. Синкинезии, паратонии – сопротивление при пассивных движениях. Повышение сухожильных рефлексов. Неловкость произвольных движений.

б. Моторные проявления свойственны раннему детству.

в. Недостаточность выразительных и изобразительных движений.

10. Экстрапирамидная недостаточность Гомбургера – Якоба

а. Моторные проявления свойственны раннему детству.

б. Недостаточность выразительных и изобразительных движений (мимики, танцев). Недоразвитие автоматических и защитных движений (походка куклы).

в. Зрительно-моторное рассогласование при оптической атаксии.

11. Фронтальная недостаточность моторики Гуревича

а. Недостаточность выразительных и изобразительных движений (мимики, танцев). Недоразвитие автоматических и защитных движений (походка куклы).

б. Психомоторная подвижность: не производят последовательные и продуктивные движения (не может сам одеться).

в. Моторные проявления свойственны раннему детству.

Темы рефератов

1. Психомоторные нарушения при тяжелой умственной отсталости.

2. Психомоторные нарушения при легкой умственной отсталости.

3. Типы моторных расстройств.
4. Моторный инфантилизм.
5. Первично-органические расстройства движений.
6. Психогенные расстройства движений.
7. Методики для диагностики расстройств движений.
8. Возрастные различия двигательной активности.
9. Классификация моторных расстройств

<i>Литература</i>

Вайзман Н. П. Психомоторика умственно отсталых детей. М., 1997.

Гуревич М. О. Психопатология детского возраста. М., 1932.

Дефектология: Словарь-справочник/ Под ред. Б. П. Пузанова. М., 1996.

Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003.

Озерский Н. И. Психопатология детского возраста. Л., 1938.

Глава 10

Особенности эмоциональной сферы детей и подростков с легкой степенью умственной отсталости

Эмоция – особая форма психического отражения, которая в форме непосредственного переживания отражает не объективные явления, а субъективное к ним отношение. Особенность эмоций состоит в том, что они отражают значимость действующих на субъект объектов и ситуаций, обусловленную отношением их объективных свойств к потребностям субъекта. Эмоции выполняют функции связи между действительностью и потребностями.

Начало теоретической разработки и изучения эмоциональной сферы личности умственно отсталых детей в отечественной психологии связано с именем Л. С. Выготского. Он высказал мысль о тесной взаимосвязи интеллектуальной и эмоциональной сфер ребенка. Утверждая, что развитие умственно отсталых детей осуществляется в соответствии с общими закономерностями детского развития, он отмечал, что при умственной отсталости соотношение между интеллектом и аффектом у ребенка иное, чем в норме, и считал, что именно эта характеристика важна для понимания своеобразия его психики.

Характеристика особенностей эмоциональной сферы учащихся с интеллектуальной недостаточностью представлена в ранних работах Л. В. Занкова, где он пишет о том, что развитие эмоций умственно отсталых учеников в значительной мере определяется внешними условиями, к числу которых в первую очередь относятся специальное обучение и правильная организация всей жизни ребенка. Свойственные учащимся младших классов импульсивные проявления гнева, обиды и т. п. могут быть постепенно сглажены путем целенаправленного воспитания, способствующего появлению у них контроля над своими поступками и действиями, помогающего формировать положительные привычки и навыки правильного поведения в быту. Эмоциональная сфера умственно отсталых школьников рассматривается автором в плане возможностей выработки у них личностных черт, способствующих социальной адаптации.

Классификация умственной отсталости Д. Н. Исаева позволяет выделить ряд эмоциональных и поведенческих особенностей у детей в зависимости от ее формы. Так, например,

при *астенической* форме умственной отсталости дети отличаются эмоциональной неустойчивостью. С раннего возраста они капризны, плаксивы, обидчивы, легко раздражаются. У них часто портится настроение под влиянием запретов, неудач, наряду с этим даже незначительная похвала вызывает у них чрезмерно бурную радость. Дети с астенической формой умственной отсталости в силу своей возбудимости срывают уроки, дерутся, оскорбляют учителей, могут выражать протест бурными реакциями в виде крика, плача и т. п.

При *атонической* форме умственной отсталости дети часто совершают нелепые поступки, кривляются, гримасничают, принимают неестественные позы. Поведение отличается нецеленаправленностью, беспокойством, однообразием, с ними очень трудно установить настоящий контакт. Наряду с недостаточной дифференцированностью и грубостью чувств часть детей отличается неумением адекватно реагировать на переживания других людей.

Для детей с *дисфорической* формой умственной отсталости характерно состояние аффективного напряжения, которое у большинства наблюдается более или менее постоянно. Почти все дети в состоянии дисфории отличаются раздражительностью, плаксивостью, недовольством всем окружающим, даже злобностью. Они часто ссорятся со сверстниками, дерутся, склонны к разрушительным агрессивным действиям. В случае отказа или запрета такие дети могут дать резкий аффект возбуждения, сопровождающийся агрессивным поведением.

Дети со *стенической* формой умственной отсталости отличаются достаточно сильными и адекватными эмоциональными проявлениями. Они стремятся к обществу сверстников в большей степени, чем представители других форм. Поведение в основном носит направленный характер, однако они почти не учитывают возможные последствия своих действий.

Особенности эмоциональной сферы умственно отсталых детей и подростков:

- Неспособность дифференцировать эмоции и чувства как собственные, так и чужие. Умственно отсталые дети и подростки не могут объяснить свое эмоциональное состояние и понять эмоции и чувства другого человека.

- Эмоциональная сфера умственно отсталых детей, особенно детей младшего школьного возраста, характеризуется незрелостью и существенным недоразвитием, связанными преимущественно с недостаточной сформированностью произвольных психических процессов.

- Умственно отсталые учащиеся склонны к проявлению

полярных, лишенных оттенков эмоций.

- Эмоциональные проявления неустойчивы, подвержены резким изменениям.

- Затянутость, инертность эмоциональных реакций характерны для умственно отсталых детей с преобладанием процессов торможения.

- В ряде случаев возникающие у школьников эмоции неадекватны оказываемым на них внешним воздействиям.

- У детей и подростков с умственной отсталостью с трудом формируются высшие чувства: гностические, нравственные, эстетические и др. Преобладают непосредственные переживания конкретных жизненных обстоятельств. Умственно отсталые дети и подростки часто не способны к сопереживанию, к проявлению эмпатии.

- Умственно отсталые учащиеся слабо контролируют свои эмоциональные проявления, а часто и не пытаются это делать.

Изучение эмоциональной сферы умственно отсталых детей и подростков

Методика «Веселый – грустный»

Методика предназначена для изучения представлений об эмоционально значимых сторонах жизни. Детям предлагается придумать завершение рассказа.

Инструкция: Придумай, чем закончилась история: «Петя пришел из школы грустный. Мама его спросила: “Почему ты такой грустный?” А Петя отвечает: “Потому что наша учительница Нина Петровна...” Что дальше сказал Петя?»

Предлагаются подобные ситуации с веселым мальчиком, вернувшимся из школы.

Оценочная шкала эмоциональных проявлений ребенка

Составлена на основе эмоциональных проявлений детей, на которые как на особо значимые указывал чешский психолог И. Шванцара. По вертикали перечисляются эмоциональные проявления, по горизонтали отмечается степень выраженности каждого из них. В итоге создается профиль чувственных проявлений конкретного ребенка.

Оборудование: бланк методики (см. табл.). Взрослому (педагогу, психологу, родителю) предлагается оценить эмоциональное состояние ребенка в баллах.

Чувственное проявление	Интенсивность					Обстоятельство
	0	1	2	3	4	
Сверхчувствительность						
Возбуждаемость						
Капризность						
Боязливость						
Плаксивость						
Злобность						

Веселость						
Завистливость						
Ревность						
Обидчивость						
Упрямство						
Жестокость						
Ласковость						
Сочувствие						
Самолюбие						
Агрессивность						
Нетерпеливость						
<i>Примечание.</i> 0 — нет, 1 — небольшая, 2 — средняя, 3 — сильная, 4 — очень сильная						

Опросник на выявление страхов (А. И. Захаров)

Методика направлена на выявление и уточнение преобладающих видов страхов (страх темноты, одиночества, смерти, медицинские страхи и т. д.) у детей старше 3 лет. Прежде чем помочь детям в преодолении страхов, необходимо выяснить, каков весь спектр страхов и каким конкретно страхам они подвержены.

Данная методика подходит в тех случаях, когда ребенок еще плохо рисует или не любит рисовать (хотя такое задание даже не интересующиеся рисованием дети принимают обычно с удовольствием). Взрослый рисует контурно два дома (на одном

или на двух листах): черный и красный. И потом предлагает расселить в домики страхи из списка (взрослые называют по очереди страхи). Записывать нужно те страхи, которые ребенок поселил в черный домик, т. е. признал, что он боится этого. У детей постарше можно спросить: «Скажи, ты боишься или не боишься...»

Беседу следует вести неторопливо и обстоятельно, перечисляя страхи и ожидая ответа «да» – «нет» или «боюсь» – «не боюсь». Повторять вопрос о том, боится или не боится ребенок, следует только время от времени. Тем самым избегается наводка страхов, их произвольное внушение. При стереотипном отрицании всех страхов просят давать развернутые ответы типа «не боюсь темноты», а не «нет» или «да». Взрослый, задающий вопросы, сидит рядом, а не напротив ребенка, не забывая его периодически подбадривать и хвалить за то, что он говорит все как есть.

Инструкция для ребенка: Скажи, пожалуйста, ты боишься или не боишься:

- 1) когда остаешься один;
- 2) нападения;
- 3) заболеть, заразиться;
- 4) умереть;
- 5) того, что умрут твои родители;
- 6) каких-то детей;
- 7) каких-то людей;
- 8) мамы или папы;
- 9) того, что родители тебя накажут;
- 10) Бабы-яги, Кощея Бессмертного, Бармалея, Змея Горыныча, чудовища (у школьников к этому списку добавляются страхи невидимок, скелетов, Черной руки, Пиковой Дамы – вся группа этих страхов обозначена как страхи сказочных персонажей);
- 11) перед тем как заснуть;
- 12) страшных снов (каких именно);
- 13) темноты;
- 14) волка, медведя, собак, пауков, змей (страхи животных);
- 15) машин, поездов, самолетов (страхи транспорта);
- 16) бури, урагана, наводнения, землетрясения (страхи стихии);
- 17) когда очень высоко (страх высоты);
- 18) когда очень глубоко (страх глубины);
- 19) в тесной маленькой комнате, помещении, туалете, переполненном автобусе, метро (страх замкнутого пространства);
- 20) воды;

- 21) огня;
- 22) пожара;
- 23) войны;
- 24) больших улиц, площадей;
- 25) врачей (кроме зубных);
- 26) крови (когда идет кровь);
- 27) уколов;
- 28) боли (когда больно);
- 29) неожиданных, резких звуков, когда что-то внезапно упадет, стукнет (боишься, вздрагиваешь при этом);
- 30) сделать что-либо не так, неправильно (плохо – у дошкольников);
- 31) опоздать в сад (школу).

Задания для самостоятельной работы

Экспериментальное изучение эмоциональной сферы умственно отсталых детей и подростков

Задание 1. Проведите диагностику способности умственно отсталых младших школьников узнавать эмоциональные состояния по пиктограммам, фотографиям.

Задание 2. Какие методики вы можете использовать для диагностики эмоционального состояния умственно отсталого подростка?

Контрольные вопросы

1. Приведите примеры неадекватного эмоционального состояния умственно отсталых младших школьников.

2. Как вы считаете, будет ли зависеть эмоциональное состояние умственно отсталого ребенка от формы умственной отсталости (классификация Д. Н. Исаева)?

3. Что означает термин «эмоциональная тупость умственно отсталого», встречающийся в специальной литературе?

4. С чего, как вы считаете, должна начинаться коррекция эмоциональной сферы умственно отсталого ребенка?

5. Перечислите особенности эмоциональной сферы умственно отсталого ребенка.

6. В чем проявляется полярность эмоций умственно отсталого?

Темы рефератов

1. Проявление эмоциональной лабильности умственно отсталых младших школьников.

2. Особенности понимания собственного эмоционального состояния умственно отсталыми подростками.
3. Особенности эмоционального состояния у младших школьников с умственной отсталостью.
4. Эмоциональные особенности детей с умеренной степенью умственной отсталости.
5. Эмоциональные проявления у подростков с умственной отсталостью с нарушениями нейродинамики.
6. Проявления эмпатии умственно отсталыми подростками.

Литература

Иванов Е. С., Исаев Д. Н. Что такое умственная отсталость?: Руководство для родителей. СПб., 2000.

Изард К. Эмоции человека. М., 1980.

Кочубей Б. И., Новикова Е. В. Эмоциональная устойчивость школьника. М., 1988.

Намазбаева Ж. И. Эмоции и переживания умственно отсталых школьников // Совершенствование коррекционной работы с аномальными детьми / Отв. ред. Ж. И. Намазбаева. Алма-Ата, 1989. С. 62–66.

Петрова В. Г., Белякова И. В. Психология умственно отсталых школьников. М., 2002.

Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1986.

Шаповалова О. Е. Об изучении особенностей эмоциональной сферы учащихся вспомогательной школы-интерната // Дефектология. 1996. № 5. С. 59—64

Глава 11

Особенности личности детей и подростков с легкой степенью умственной отсталости

Личность рассматривается как система черт, относительно устойчивых, внешне проявляемых характеристик индивидуальности, которые запечатлены в суждениях субъекта о самом себе, а также в суждениях других людей о нем.

Развитие гармоничной личности умственно отсталых детей и подростков, формирование у них адекватной самооценки и положительных черт характера является одним из ведущих направлений в работе педагогов специальных (коррекционных) школ VIII вида. Развитие личности умственно отсталого ребенка происходит по таким же законам, что и развитие нормально развивающихся детей. Вместе с тем в силу интеллектуальной неполноценности оно проходит в своеобразных условиях.

Своеобразное развитие самооценки умственно отсталых подростков обусловлено их общим интеллектуальным недоразвитием, общей личностной незрелостью, а также в значительной степени неблагоприятными отношениями этих подростков с социальным окружением. Кроме того, их самооценка во многом зависит от условий их воспитания в детском возрасте. Серьезный ущерб личности умственно отсталого ребенка наносится, если в силу определенных причин ребенок попадает в общеобразовательную школу. В ситуации обучения в массовой школе умственно отсталый ребенок становится изгоем как для одноклассников, так и для педагога. Издевательское, пренебрежительное, жестокое отношение к умственно отсталому ребенку со стороны не только одноклассников, но иногда и членов семьи создает негативные условия для формирования личности. Длительный, постоянный неуспех приводит к возникновению и развитию у умственно отсталого ребенка отрицательных качеств личности, таких, как негативизм, повышенная тревожность, неуверенность в собственных силах, низкая мотивация и т. д.

Л. С. Выготский, анализируя данные о некритичности и повышенной самооценке умственно отсталых подростков, отмечает, что эти свойства связаны с общим интеллектуальным недоразвитием таких подростков. Завышенная самооценка возникает у ребенка с умственной отсталостью как

псевдокомпенсаторное характерологическое образование в ответ на низкую оценку со стороны окружающих.

Неустойчивость самооценки, наблюдающаяся у некоторых подростков с легкой степенью умственной отсталости, приводит к тому, что на них оказывает отрицательное влияние оценочная ситуация (ситуация опроса, проверки, контроля).

Недоразвитие или неправильное развитие характера, воли и других высших функций, как указывал Л. С. Выготский, довольно частое, но не обязательное вторичное осложнение при умственной отсталости.

В связи с инертностью всех психических процессов, недоразвитием функций обобщения, отвлечения и абстрагирования ребенок с умственной отсталостью с трудом анализирует новую информацию (в зависимости от степени умственной отсталости) и не включает эту информацию в мотивы своего поведения. Установка личности, инициатива, активность, мотивы деятельности также недоразвиты. Поэтому если ученик первого или второго класса во время урока начинает ходить по классу – срывает урок, то это лишь указывает на психическое недоразвитие ребенка, на то, что он не понимает предъявляемых к нему требований со стороны школы и не способен коррегировать свое поведение в соответствии с этими задачами.

Во многом нарушения поведения учащихся с умственной отсталостью связаны с недоразвитием системы высших потребностей и мотивов действий. Часто у учеников коррекционной школы можно встретить агрессию, возбуждение, аффективные вспышки, негативизм.

Воля у умственно отсталых подростков характеризуется недостатком инициативы, неумением действовать в соответствии со сколько-нибудь отдаленными целями. Учащимся с легкой степенью умственной отсталости присущи несамостоятельность, безынициативность, неумение руководить своими действиями, неумение преодолевать малейшие препятствия, противостоять любым искушениям или воздействиям, которые сочетаются с волевыми нарушениями противоположного типа.

Как правило, умственно отсталые подростки внушаемы, некритично воспринимают указания и советы окружающих людей. Те же подростки могут проявить необычайное упрямство, бессмысленное сопротивление разумным доводам, сделать наперекор тому, о чем их просят. Эти контрасты проявлений воли – выражение незрелости личности, недоразвития духовных потребностей.

Одним из наиболее существенных факторов, способствующих декомпенсации психического состояния при умственной

отсталости, считается дисгармоничность протекания критических возрастных фаз, особенно подростковой. При этом отмечается опасность декомпенсации поведения особенно при осложненных формах умственной отсталости, при которых поврежденность подкорковых отделов мозга обуславливает в подростковом возрасте ликвородинамические нарушения, явления вегетативной дистонии, эндокринно-обменные дисфункции.

Перечисление только некоторых социально-психологических особенностей умственно отсталого подростка свидетельствует о противоречивости его внутреннего мира, легкой ранимости, трудности выбора (без помощи извне) социальной позиции, дисгармонии в его нервно-психической сфере. Эти особенности усугубляются еще и тем, что подростковый возраст совпадает с периодом метаморфоз и специфическими, связанными с ним проблемами.

Большой объем информации, которым владеет подросток, не свидетельствует о его психической зрелости. У подростково-акселератов очень часто развитие психической сферы идет неравномерно. Чаще всего отстает формирование таких социальных категорий, как понятие о долге, ответственности, социальных обязанностях, имеются выпадения в формировании морально-нравственных категорий. Часто подросткам бывает свойствен психический инфантилизм (с детскостью интересов и поведения, эмоциональной и волевой незрелостью). У некоторых подростков нет достаточной борьбы мотивов, поэтому их действия нередко носят безмотивный характер. Удовлетворение потребностей происходит по сиюминутным стимулам.

Особого внимания заслуживает процесс формирования мировоззренческих взглядов у подростка. На него, как цунами, обрушивается противоречивая информация, идущая по бесчисленным каналам, и разобраться в ней подростку нелегко. Отсутствие собственного жизненного опыта, постоянная готовность к оппозиции по отношению к взрослым, особенно при назидательном тоне с их стороны, легкость суждений и стремление к категорическим умозаключениям – все это ставит подростка в позицию недостаточной мировоззренческой защищенности перед чужой пропагандой, а подчас приводит к созданию своих доморощенных методических концепций.

Изучение личности умственно отсталых детей и подростков

Одним из основных методов изучения личности умственно отсталого ребенка является *наблюдение*. Наблюдение относится к объективным психологическим методам. В зависимости от задач

исследователя составляется карта-схема наблюдения за умственно отсталым ребенком. Наблюдение возможно проводить во время урока, во внеурочной деятельности (перемена, прогулка), в кабинете психолога.

К объективным методам психологической диагностики относится также *метод экспертных судей*, где экспертами могут выступать люди, хорошо знающие ребенка (учитель, воспитатель, родители, психолог). При участии нескольких экспертов достоверность полученных данных повышается.

Анкета «Признаки агрессивности»

Анкета предназначена для выявления признаков агрессивного поведения подростка.

Оборудование: бланк методики.

Инструкция: Ответьте, пожалуйста, на каждое утверждение «да» или «нет».

№	Признаки	Да	Нет
1	Злой дух временами вселяется в него		
2	Он не может промолчать, когда чем-то недоволен		
3	Когда кто-то причиняет ему зло, он старается отплатить ему тем же		
4	Иногда ему без всякой причины хочется выругаться		
5	Бывает, что он с удовольствием ломает игрушки, вещи		
6	Иногда он так настаивает на чем-либо, что окружающие теряют терпение		
7	Он не прочь подразнить животных		
8	Очень сердится, если ему кажется, что кто-то подшучивает над ним		
9	Кажется, что иногда у него вспыхивает желание сделать плохое, шокирующее окружающих		
10	В ответ на обычные распоряжения стремится все сделать наоборот		
11	Часто не по возрасту ворчлив		
12	Воспринимает себя как самостоятельного и решительного человека		
13	Любит быть первым, командовать, подчинять себе других		
14	Неудачи вызывают у него сильное раздражение, поиски виноватых		

15	Легко ссорится, вступает в драку		
16	Старается общаться с младшими и физически более слабыми		
17	У него нередки периоды мрачной раздражительности		
18	Не считается со сверстниками, не уступает, не делится		
19	Уверен, что любое задание выполнит лучше других		

Обработка: положительный ответ на каждое предложенное утверждение оценивается в 1 балл.

Подсчитайте, сколько утверждений, по вашему мнению, относится к исследуемому ребенку.

Высокая агрессивность – 15–20 баллов.

Средняя – 7—14 баллов.

Низкая – 1–6 баллов.

Анкета «Признаки импульсивности»

Методика валидна для любого возраста умственно отсталых детей и подростков, является методом экспертных оценок.

Оборудование: бланк методики.

Инструкция: Ответьте, пожалуйста, на каждое утверждение «да» или «нет».

№	Признаки	Да	Нет
1	Всегда находит быстрый ответ, когда его о чем-то спрашивают (возможно, и неверный, но очень быстрый)		
2	У него часто меняется настроение		
3	Многие вещи его раздражают, выводят из себя		
4	Ему нравится работа, которую можно сделать быстро		
5	Обидчив, но не злопамятен		
6	Очень чувствуете, что ему все надоело		
7	Быстро, не колеблясь, принимает решения		

8	Может резко отказаться от еды		
9	Нередко отвлекается на занятиях		
10	Когда кто-то из ребят на него кричит, он тоже кричит в ответ		
11	Обычно уверен, что справится с любым заданием		
12	Может нагрубить родителям, педагогу		
13	Временами кажется, что он переполнен энергией		
14	Это человек действия, рассуждать не умеет и не любит		
15	Требуя к себе внимания, не хочет ждать		
16	В играх не подчиняется общим правилам		
17	Горячится во время разговора, часто повышает голос		
18	Легко забывает поручения взрослых, увлекается игрой		
19	Любит организовывать и предводительствовать		

Обработка: положительный ответ на каждое предложенное утверждение оценивается в 1 балл.

Если в графе «да» отмечено 15–20 ответов, это может говорить о высокой степени импульсивности, 7—14 – о средней степени, 0–5 – о низкой степени.

Субъективный метод изучения (использование тестов, опросников) личности умственно отсталого ребенка следует применять осторожно, так как большинство тестов являются невалидными для данной категории испытуемых. Одной из немногих методик, прошедших апробацию в ряде диссертационных работ и являющейся валидной для умственно отсталых, является методика изучения самооценки Дембо – Рубинштейн.

Методика Дембо – Рубинштейн

Методика предназначена для исследования самооценки у школьников; она основана на непосредственном оценивании (шкалировании) учащимися ряда личностных качеств, таких, как способности, красота и т. д.

Оборудование: бланк, на котором изображены 7 линий, каждая высотой 100 мм, с указанием верхней, нижней точек и середины шкалы. Шкалы обозначены:

- 1) здоровье;
- 2) ум, способности;
- 3) характер;
- 4) авторитет у сверстников;

5) умение много делать своими руками, умелые руки;

6) внешность;

7) уверенность в себе.

Инструкция: «Представь себе, что на этой линии (1-я шкала) стоят все ученики твоей школы. Внизу стоят самые больные дети, они часто болеют, у них плохое здоровье. Вверху стоят дети с очень хорошим здоровьем, они не болеют, про них говорят, что они очень здоровые. Отметь, пожалуйста, где, как ты думаешь, находишься ты («—»). А теперь отметь, куда тебя поставила бы твоя учительница (друзья)» («×»). Аналогичным образом ребенок оценивает себя по остальным шкалам.

Обработка и интерпретация результатов: обработка проводится по 6 шкалам (первая шкала «здоровье», тренировочная – не оценивается). Каждый ответ выражается в баллах.

1. По каждой из шести шкал определяется:

- уровень притязаний – расстояние в мм от нижней точки шкалы («0») до знака «×»;

- высоту самооценки – от «0» до знака «—»;

- значение расхождений между уровнем притязаний и самооценкой – расстояние от знака «×» до знака «—»; если уровень притязаний ниже самооценки, он выражается отрицательным числом.

2. Рассчитать среднюю величину каждого показателя уровня притязаний и самооценки по всем шести шкалам.

Уровень притязаний

Норму – реалистический уровень притязаний – характеризует результат от 60 до 89 баллов. Оптимальный – сравнительно высокий уровень – от 75 до 89 баллов, подтверждающий оптимальное представление о своих возможностях, что является важным фактором личностного развития. Результат от 90 до 100 баллов обычно отражает нереалистическое, некритическое отношение детей к собственным возможностям. Результат менее 60 баллов свидетельствует о заниженном уровне притязаний, он – индикатор неблагоприятного развития личности.

Высота самооценки

Количество баллов от 45 до 74 («средняя» и «высокая» самооценка) отражают реалистическую («адекватную») самооценку.

Количество баллов от 75 до 100 и выше свидетельствует о завышенной самооценке. Завышенная самооценка может указывать на незрелость личности, неумение правильно

оценивать результаты своей деятельности.

Количество баллов ниже 45 указывает на заниженную самооценку и свидетельствует о крайнем неблагополучии в развитии личности.

В качестве дополнительной диагностики личности, системы отношений умственно отсталых детей можно применять проективные методики.

Методика «Неоконченные предложения»

Методика предназначена для выявления проблемных зон в системе личностных отношений ребенка, в том числе к семье, и отцу, и матери, и самому себе и друзьям.

В ходе исследования ребенку называют последовательно предложения, напечатанные на бланке, ребенок заканчивает их, что фиксируется на бланке.

Оборудование: бланк с незаконченными предложениями.

Инструкция: Сейчас я назову тебе начало предложения, а ты придумай его окончание.

Незаконченные предложения:

1. Думаю, что мой папа редко _____
2. Если все против меня, то _____
3. Знаю, что глупо, но боюсь _____
4. Думаю, что настоящий друг _____
5. По сравнению с другими семьями, моя семья _____
6. Моя мама и я _____
7. Если бы мой папа только захотел _____
8. Думаю, что я достаточно большой, чтобы _____
9. Мои одноклассники не знают, что я боюсь _____
10. Не люблю ребят, которые _____
11. Моя семья обращается со мной как _____
12. Моя мама _____
13. Я бы хотел, чтобы мой папа _____
14. Мне не нравится в себе то _____
15. Хотелось бы мне перестать бояться _____
16. Больше всего люблю тех ребят, которые _____
17. Большинство знакомых мне семей _____
18. Считаю, что все мамы _____
19. Думаю, что мой папа _____
20. Когда мне не везет, я _____
21. Когда мне страшно, мне приходится _____
22. Когда меня нет, мои друзья _____
23. Когда я был маленьким, мои родители _____
24. Я люблю свою маму, но _____

Рисуночные пробы

«Несуществующее животное»

По своему характеру тест «Несуществующее животное» относится к числу проективных. Для статистической проверки или стандартизации результат анализа может быть представлен в описательных формах. По составу данный тест – ориентировочный, и как единственный метод исследования обычно не используется и требует объединения с другими методами в качестве батарейного инструмента исследования.

«Автопортрет»

Е. С. Романова и С. Ф. Потемкина в своей книге по проективным методикам предлагают вниманию читателей тест «Автопортрет», который вполне может быть использован и для диагностики личности старшеклассника. Методика валидна для умственно отсталых подростков от 15–16 лет. По определению, автопортрет – это изображение человека, созданное им самим. Для психодиагностики важно, в какой мере автопортрет как изображение его создателя исчерпывает свою модель и ограничивается ею, а также по каким типологическим признакам можно его различать.

Методика Рене Жиля

Данная проективная методика используется для исследования межличностных отношений ребенка, его социальной приспособленности и взаимоотношений с окружающими.

Авторская методика является визуально-вербальной, состоит из 42 картинок с изображением детей или детей и взрослых, а также текстовых заданий. Ее направленность – выявление особенностей поведения в разнообразных жизненных ситуациях, важных для ребенка и затрагивающих его отношения с другими людьми. Для диагностики умственно отсталых школьников предлагается адаптированный Л. М. Шипицыной вариант методики, который включает в себя 20 заданий. Адаптированный вариант позволяет значительно сократить по времени обследование и избежать утомления ребенка.

<i>Задания для самостоятельной работы</i>
--

Экспериментальное изучение личности младших школьников и подростков с умственной отсталостью

Задание 1. Составьте схему наблюдения за младшими

школьниками с целью изучения развития у них коммуникативных навыков.

Задание 2. Какие методы и методики помогут вам для изучения школьной мотивации умственно отсталых подростков? Составьте и обоснуйте план изучения школьной мотивации.

Задание 3. Проведите одну из проективных методик с умственно отсталыми подростками. Какие личностные особенности вы обнаружили?

Контрольные вопросы

1. Приведите примеры личностных особенностей умственно отсталых подростков, проявляющихся в межличностном общении со сверстниками; со взрослыми.

2. Перечислите условия формирования неадекватной самооценки у детей с умственной отсталостью.

3. Как вы думаете, почему умственно отсталый подросток испытывает трудности при организации своего досуга?

4. Расскажите об особенностях мотивации умственно отсталых детей и подростков.

5. Как вы считаете, возможна ли организация самоуправления в школе VIII вида?

6. Перечислите условия формирования гармоничной личности умственно отсталого подростка.

7. Назовите последствия не критичного отношения к себе и низкой способности к волевым усилиям у подростков с умственной отсталостью.

Темы рефератов

1. Факторы развития гармоничной личности умственно отсталого ребенка.

2. Условия формирования адекватной самооценки у подростка с умственной отсталостью.

3. Роль семейного воспитания в развитии личности умственно отсталого ребенка.

4. Уровень притязаний умственно отсталых старшеклассников.

5. Особенности межличностного отношения в группе умственно отсталых школьников.

6. Школьная мотивация умственно отсталых первоклассников.

7. Роль психолого-педагогического сопровождения в успешной социализации умственно отсталых старшеклассников.

Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб.: Питер, 2009.

Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 5: Основы дефектологии. М.: Педагогика, 1983.

Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков: Руководство. СПб.: Речь, 2007.

Назаревич О. С. Возможности формирования адекватной самооценки умственно отсталых учащихся // Социально-психологические проблемы формирования личности в образовательном процессе. Ч. 3. Шадринск, 2002. С. 159–175.

Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника. М.: Просвещение, 1986.

Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во МГУ, 1989.

Чубаров П. А. Диагностика самооценки детей с интеллектуальной недостаточностью. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2006.

Шипицына Л. М., Иванов Е. С. Нарушения поведения учеников вспомогательной школы. Уэльс: Колег Элидир, 1992.

Глава 12

Расстройство поведения у детей и подростков с умственной отсталостью

Социальная адаптация (абилитация) умственно отсталых детей и подростков практически всегда определяется не только глубиной психического недоразвития, но и особенностями (расстройством) поведения.

Расстройство поведения – это нарушение социальных норм, правил, традиций, несоответствие получаемым советам и рекомендациям, поведение, отличающееся от поведения тех, кто укладывается в нормативные требования семьи, школы и общества. Поведение, характеризующееся отклонением от принятых нравственных норм, квалифицируется как девиантное, а в случаях нарушения правовых норм – делинквентным.

В популяции умственно отсталых детей 8—14 лет нарушения поведения встречаются в 31,1 %. Чаще всего встречается синдром повышенной возбудимости с психомоторной расторможенностью (11,8 %), реже отмечены синдромы уходов и бродяжничества (4,0 %), психической неустойчивости (1,6 %) и агрессивности (1,3 %) (Сосюкало О. Д. с сотр., 1986).

Нарушения поведения имеют 28,2 % легко умственно отсталых детей и подростков, 55,2 % умеренно умственно отсталых и 33,3 % тяжело умственно отсталых.

Для оценки расстройств поведения у умственно отсталых детей и подростков можно использовать раздел поведенческих расстройств «Международной классификации болезней» (МКБ-10).

Расстройство поведения, ограничивающееся семьей, включает антисоциальное или агрессивное поведение, проявляющееся только дома и/или во взаимоотношениях с родителями и родственниками.

Несоциализированное расстройство поведения характеризуется сочетанием упорного агрессивного поведения с нарушением социальных норм и со значительными нарушениями взаимоотношений с другими детьми. Оно отличается отсутствием общения со сверстниками, отвержением ими и отсутствием друзей.

Социализированное расстройство поведения отличается тем, что асоциальное или агрессивное поведение возникает у

общительных детей и подростков. Они входят в группу сверстников. С взрослыми отношения плохие. Сюда включаются групповая делинквентность, прогулы школы.

Оппозиционно-вызывающее расстройство определяется наличием негативистического, враждебного, вызывающего поведения. Дети игнорируют правила и просьбы взрослых, намеренно им досаждают.

У легко умственно отсталых подростков выделяют следующие типы расстройств личности (психопатоподобных расстройств):

- *аффективно-возбудимый тип*, который характеризуется бурными вспышками гнева на обиды и огорчения, большой нетерпеливостью, колебаниями настроения, склонностью к реакции протеста;

- *астенический тип*, отличающийся примитивными депрессивными реакциями, возникающими на собственный дефект и связанные с ним неудачи и разочарования, инфантильными реакциями отказа, мутизмом, отказом от еды, заторможенностью и замкнутостью;

- *неустойчивый тип*, проявляющийся легкой подчиняемостью, имитацией негативных образцов поведения, зависимостью от других, нередко оказывается слепым орудием в руках антисоциальных элементов;

- *дисфорический тип*, присущий одноименной форме умственной отсталости, характеризуется злобной напряженностью, мрачной раздражительностью, склонностью к агрессии со способностью наносить тяжкие повреждения, к аутоагрессии и разрушительным действиям;

- *перверзный тип*, который проявляется гиперсексуальностью, сексуальными девиациями или реже дромоманией, булимией (Исаев Д. Н. и Микиртумов Б. Е., 1978).

Причиной госпитализации в психиатрическую больницу перверзный тип оказался в 35 % от всех поступивших подростков с легкой степенью умственной отсталости; дисфорический тип – в 12 %; неустойчивый тип – в 31 %; аффективно-лабильный тип – в 7 %; истероидный – в 1 % (Личко А. Е., 1985).

У 9 % делинквентных подростков обнаруживается умственная отсталость (Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1994). Причины такого поведения, как правило, социальные, они связаны в первую очередь с недостатками воспитания. Например, неполные семьи у них выявляются в 30–80 % случаев.

Среди направленных в психиатрическую больницу по поводу нарушений поведения 38 % умственно отсталых детей и 67 % умственно отсталых подростков с делинквентным поведением.

Нарушения поведения проявляются непосещением школы, прогулами уроков (50 %), уходами из дома (интерната) и бродяжничеством (70 %), агрессией в отношении окружающих людей (52 %), аутоагрессией (15 %), бурными аффективными вспышками (63 %), грубостью по отношению к родственникам и воспитателям (67 %), нарушениями дисциплины (50 %), воровством (43 %), участием в асоциальных компаниях, повышенной и несоответствующей возрасту сексуальностью (40 %), ранним началом табакокурения (55 %), алкоголизации (37 %) и вдыхания токсических веществ (8 %). Почти все попавшие в больницу уже состоят на учете у инспектора милиции по делам несовершеннолетних (Поппе Г. К.).

Частота нарушений поведения у умственно отсталых детей, обучающихся в специальных учебных заведениях, может быть представлена следующими цифрами: побеги, бродяжничество – 72 %, агрессия – 50 %, воровство – 43 %, токсикомания, алкоголизация, наркотизация – 38 %, непослушность, грубость – 43 %, сексуальные девиации – 40 %, участие в антисоциальных компаниях – 55 % (Шипицына Л. М., 1998).

Гипердинамические нарушения поведения в популяции умственно отсталых отмечаются в 8,9 % (у подростков – в 21,3 %) случаев. Эти нарушения характеризуются двигательной расторможенностью, нарушением концентрации внимания, недостаточным умственным напряжением, тенденцией переходить от одного занятия к другому, не завершая ни одного из них. С этим сочетается импульсивность. Из-за затрудненности освоения школьного материала приходится ставить вопрос об их обучаемости (Обухов С. Г., 1989).

Побеги из дома (интерната) и бродяжничество выявляются в 4 % от всей популяции умственно отсталых детей, среди выпускников вспомогательной школы – в 16,2 %, а среди направленных в психиатрическую больницу – уже 70 %. В трети случаев уходы из дома сочетаются с делинквентностью. Первые побеги происходят из-за страха наказания или как реакция протеста. Побегу способствует положение «изгоя» или «золушки» в семье, преследования со стороны сверстников.

Агрессия (физическая и вербальная) по отношению к родителям, воспитателям и сверстникам умственно отсталых детей отмечается в коррекционной школе у 2,5 % учеников выпускного класса. Как правило, она необычно жестока, нападения или драки совершаются без достаточного понимания опасных последствий наносимых повреждений.

Аутоагрессия, как правило, возникает в ответ на обиды, наказания и другие конфликты с взрослыми или старшими

детьми. Дети бьют себя по голове, царапают лицо и тело, наносят на кожу порезы, рвут волосы.

Повышенная аффективная возбудимость встречается у 11,8 % всех детей с умственной отсталостью, среди выпускников коррекционной школы – в 23,7 % случаев. Аффекты возникают по незначительному поводу, проявляются разрушительными действиями, грубостью, необдуманными поступками.

Грубость, возникающая на фоне аффективной неустойчивости, раздражительности, выражается в дерзких оскорбительных и иногда нецензурных ответах на справедливые замечания или просьбы взрослых. Нередко это стереотипы примитивных штампов, повторяемых ругательств.

Недисциплинированность проявляется либо непослушанием, упрямством, либо постоянным отказом от выполнения любых поручений, просьб и нежеланием обслуживать себя.

Отказ от обучения. Первоначально детьми не выполняются школьные домашние задания, затем появляется тенденция избежать посещения уроков, а в дальнейшем – игнорирование всех школьных занятий.

Парааутистическое поведение – снижение активности, выраженная интравертированность, формальное общение, общая или избирательная потеря контактов, негативизм, сопровождающийся гримасами. Недостаточность чувственной насыщенности сочетается с эпизодически возникающими состояниями двигательного возбуждения, развязным и дурашливым поведением (Булахова Л. А. и сотр., 1984).

Дисфорическое расстройство поведения характеризуется почти постоянным эмоциональным напряжением с нарастающей раздражительностью, тревожным беспокойством, капризной плаксивостью или хмурым недовольством. Замечания, несогласия, требования взрослых или конфликты с детьми могут привести к разрядке накапливающегося напряжения в форме бурных аффективных вспышек с разрушительными действиями или агрессией.

Неустойчивое расстройство поведения отличается отсутствием устойчивых мотивов поведения, повышенной внушаемостью, выраженной зависимостью настроения от внешних влияний.

Воровство. С возрастом количество детей, берущих чужие вещи, возрастает вдвое. Меняется и характер краж. Старшие воруют более ценные вещи и делают нередко это совместно с другими. Вначале уносят из дома мелкие деньги или малоценные вещи. Затем воруют продукты и вещи в магазинах и на рынках, угоняют велосипеды. Умственно отсталые дети выполняют

пассивную роль, поддаваясь уговорам старших. Как правило, в процессе любого воровства они берут малоценные безделушки и не могут распорядиться попавшими в их руки вещами.

Патологически измененные влечения обнаруживаются у 21,3 % выпускников вспомогательной школы. В популяции умственно отсталых детей наиболее часто выявляются агрессивные садистические проявления (1,3 %).

Активное, не соответствующее возрасту сексуальное поведение наблюдается у умственно отсталых девочек в полтора раза чаще, чем у мальчиков. Девочки младшего школьного возраста с сексуально распушенным поведением поступают в психиатрическую больницу в 3 раза чаще, чем мальчики. Это девочки, мастурбирующие, обнажающиеся, стремящиеся к лицам противоположного пола в состоянии сексуального возбуждения, рассказывающие о своем сексуальном опыте или забирающиеся в постели к другим девочкам. В подавляющем большинстве случаев они сами в прошлом подвергались соvrращению. Среди старших девочек чаще отмечается раннее начало половой жизни, промискуитет.

Госпитализация мальчиков нередко бывает связана с сексуальной активностью, проявляемой в отношении представителей того же пола. Преходящий подростковый гомосексуализм чаще проявляется в закрытых учебных заведениях. Эта девиация – обычно следствие соvrращения старшими подростками и даже взрослыми.

Среди сексуальных девиаций, которые не являются истинными, могут быть подглядывание за обнаженными, демонстрация своей наготы, манипуляции с гениталиями младших детей. Если онанизм у умственно отсталых детей появляется до полового созревания, достигает большой частоты, его следует рассматривать так же, как девиацию. При неблагоприятных обстоятельствах он становится дурной привычкой и сохраняется наряду с нормальным сексуальным поведением.

Алкоголизация. Первая проба алкогольных напитков обычно происходит в 13–14 лет, причем для умственно отсталых мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек. В связи с тем что у умственно отсталых подростков плохая переносимость алкоголя, у них дольше сохраняются защитные реакции (рвота, тошнота и т. д.). Этим отчасти можно объяснить, что только у 20 % госпитализированных подростков обнаруживается зависимость от алкоголя.

Токсикоманическое поведение – вдыхание паров бензина, клея, гуталина и зубной пасты у младших школьников наблюдается

чаще, чем у подростков.

В оформлении типа отклоняющегося поведения (особенно у легко умственно отсталых) большое значение имеют социальная среда, внушения, угрозы, имитации поступков окружающих лиц и, в конечном итоге, особенности социальной адаптации умственно отсталого. Однако чаще всего механизм формирования девиантного поведения – результат взаимодействия социально-психических и природно-психических факторов. К числу последних следует отнести формы умственной отсталости (например, обусловленные хромосомными абберациями), наступление тех или иных этапов психофизического развития (возрастные кризисы), дополнительные резидуально-органические вредности, например последствия черепно-мозговых травм (Шипицына Л. М., Иванов Е. С. 1992).

При неуравновешенном варианте стенической формы чаще встречаются агрессивные проявления. Аффективная неустойчивость встречается главным образом при астенической форме. Для атонической формы наиболее характерно парааутистическое поведение. Дисфорическое поведение соответствует клинической форме такого же названия.

Отклонения поведения у тяжело умственно отсталых детей, воспитывающихся в интернате, делят в зависимости от психопатологической структуры на 4 группы (по Д. Е. Мелехову): дети с устойчивой эмоционально-волевой сферой, дети с неустойчивой эмоционально-волевой сферой, дети с астеническим симптомокомплексом и дети со сложным олигофреническим дефектом. Во многих случаях этиология нарушенного поведения – те же последствия органических повреждений головного мозга, которые вызвали и интеллектуальную неполноценность.

Если девиантное поведение возникает у умственно отсталых в результате трудных жизненных ситуаций, то его относят к нервно-психической патологии, возникающей на фоне имеющегося психического недоразвития. Такие случаи трактуют как *коморбидность*, т. е. как сочетание двух болезненных форм – умственной отсталости и поведенческих нарушений.

Задания для самостоятельной работы

Контрольные вопросы

1. Гиперкинетическое расстройство поведения

а. Слабо регулируемая и чрезмерная активность, импульсивность, необдуманное нарушение правил и «дефицит

внимания».

б. Нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников.

в. Агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом.

2. Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи

а. Нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников.

б. Слабо регулируемая и чрезмерная активность, импульсивность, необдуманное нарушение правил и «дефицит внимания».

в. Агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом.

3. Несоциализированное расстройство поведения

а. Агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом.

б. Нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников.

в. Постоянно негативистическое, враждебное, вызывающее поведение.

4. Социализированное расстройство поведения

а. Агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом.

б. Постоянно негативистическое, враждебное, вызывающее поведение.

в. Нарушение поведения при наличии адекватных взаимоотношений со сверстниками.

5. Оппозиционно-вызывающее расстройство поведения

а. Потеря интересов и удовольствия от игровой активности и нарушение поведения.

б. Нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников.

в. Постоянно негативистическое, враждебное, вызывающее поведение.

6. Депрессивное расстройство поведения

а. Тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой.

б. Потеря интересов и удовольствия от игровой активности и нарушение поведения.

в. Страхи, сфокусированные на определенных предметах или ситуациях.

7. Тревожное расстройство в связи с разлукой

а. Страх и/или избегание незнакомых людей.

б. Страхи, сфокусированные на определенных предметах или ситуациях.

в. Тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой.

8. Фобическое тревожное расстройство

а. Страх и/или избегание незнакомых людей.

б. Тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой.

в. Страхи, сфокусированные на определенных предметах или ситуациях.

9. Социальное тревожное расстройство

а. Отказ от речи в определенных ситуациях или с определенными лицами.

б. Потеря интересов и удовольствия от игровой активности и нарушение поведения.

в. Страх и/или избегание незнакомых людей.

10. Элективный мутизм

а. Страх и/или избегание незнакомых людей.

б. Слабо регулируемая и чрезмерная активность, импульсивность, необдуманное нарушение правил и «дефицит внимания».

в. Отказ от разговора в определенных ситуациях или с определенными лицами.

11. Реактивное расстройство привязанности

а. Отказ от разговора в определенных ситуациях или с определенными лицами.

б. Тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой.

в. Противоречивые или амбивалентные социальные реакции во время расставания с воспитателями или родителями.

Темы рефератов

1. Факторы, приводящие к расстройствам поведения у детей с умственной отсталостью.

2. Распространенность расстройств поведения у детей с умственной отсталостью.

3. Классификация расстройств поведения у детей с умственной отсталостью.

4. Особенности делинквентного поведения у детей с умственной отсталостью.

5. Побег из дома (интерната) и бродяжничество детей с умственной отсталостью.

6. Агрессия детей с умственной отсталостью.

7. Патологически измененные влечения у детей с умственной

отсталостью.

8. Особенности девиантного поведения у детей с умственной отсталостью.

9. Отклонения поведения у тяжело умственно отсталых детей, воспитывающихся в доме-интернате.

10. Коморбидность – сочетание умственной отсталости и расстройств поведения.

Литература

Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: Крон-пресс, 1996.

Дробинская А. О. Школьные трудности нестандартных детей. М.: Школа-Пресс, 1999.

Исаев Д. Н., Каган В. Е. Психогигиена пола у детей. Л.: Медицина, 1986.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995. Личко А. Е.

Психопатии и акцентуации характера. Л.: Медицина, 1985.

Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991.

Раттер М. Помощь трудным детям. М.: Прогресс, 1987.

Ремишидт Х. Подростковый и юношеский возраст. М. 1994.

Шипицына Л. М., Иванов Е. С. Нарушения поведения учеников вспомогательной школы. Уэльс: Колег Элидир, 1992.

Глава 13

Невротические расстройства, психогенные реакции и психосоматические расстройства у умственно отсталых детей и подростков

С давних пор известно, что под влиянием трудных жизненных обстоятельств (невозможность справиться с учебной программой, пренебрежительное или даже издевательское отношение окружающих) у умственно отсталых лиц появляются те или иные эмоциональные реакции. Однако долгое время отказывались признавать, что механизм реагирования интеллектуально неполноценных людей на неблагоприятные жизненные ситуации тот же или примерно такой же, как и у интеллектуально полноценных индивидов. Полагали, что незрелость личности отсталого ребенка и даже взрослого, недифференцированность, неадекватность и эгоцентричность их чувств не позволяют им сформировать такие эмоциональные механизмы, которые лежат в основе неврозов. По мере изучения психологии и психопатологии умственно отсталых лиц и накопления знаний о психогенных нервно-психических расстройствах сформировалось убеждение о возможности возникновения этих расстройств у людей с отклонениями в развитии.

L. S. Penrose (1963) изучая 1280 умственно отсталых лиц, обнаружил у 132 из них психоневрозы и другие расстройства личности. При этом у легко умственно отсталых лиц они встречались почти в 2 раза чаще, чем у лиц умеренно и тяжело умственно отсталых.

Разнообразие окружения умственно отсталых детей не позволяет благополучно приспосабливаться к учебе, труду и другим условиям жизни. Они становятся тревожными, враждебными, агрессивными и антисоциальными. Их интеллектуальная ограниченность серьезно препятствует получению удовлетворения от собственных усилий и способности с успехом ответить на требования и ожидания окружающих. Из-за затруднений в адаптации умственно отсталый индивид нуждается в помощи других людей. В результате главным образом от поддержки окружающих взрослых зависит, будет или нет

удовлетворительным эмоциональное приспособление. Обнаружив, что на него не обращают внимания или отвергают, ребенок интенсифицирует свое неприемлемое поведение. Осознание взрослыми трудностей ребенка может сочетаться с эмоциональным неприятием его отклоняющегося поведения. Крушение родительских амбиций по отношению к ребенку приводит к все возрастающему разочарованию. Взрослые реагируют гневом и лишают ребенка своей любви, считая его упрямым, безнравственным или ленивым. Это затрудняет принятие ребенка таким, каков он есть. А он, в свою очередь, видя вокруг одни лишь угрозы, становится тревожным, периодически взрываясь аффективными вспышками. В результате ребенку приходится преодолевать и умственную отсталость, и эмоциональные трудности, возникшие из-за непонимания или неприятия его окружением.

Из-за слабости интеллектуальной регуляции чувств умственно отсталые лица не способны управлять своими эмоциями в соответствии с обстоятельствами. Если что-либо не получается, они не способны найти удовлетворение той или иной своей потребности в другой активности. Они практически не могут подавить чувство обиды на того, кто воздвиг преграду на пути удовлетворения их потребностей. У многих умственно отсталых детей с рождения имеется болезненно измененный фон настроения. Они раздражительны, у них преобладает сниженное, а нередко и мрачноватое, злобное настроение. Естественно, при таком эмоциональном фоне часто провоцируются вспышки аффекта с разрушительными и агрессивными поступками (Menolascino F. J., Egger M. L., 1978).

Стойкие, чрезмерные по силе и продолжительности формы отрицательных эмоциональных реакций у умственно отсталых индивидов могут быть различного вида и происхождения.

Во-первых, это проявления декомпенсации основных психических нарушений («психического дефекта») под влиянием преимущественно эндогенных или неясных обстоятельств.

Во-вторых, это кратковременные реакции, возникающие в ответ на неблагоприятную ситуацию, например в момент ссоры со сверстниками.

В-третьих, это затяжные проявления невротического расстройства, появляющиеся, например, в процессе школьной дезадаптации.

В-четвертых, это проявления реактивных состояний, являющихся следствием серьезных жизненных трудностей.

Декомпенсация. Одна из форм декомпенсаций умственной отсталости – церебрастения. Ее появлению способствует наличие

остаточных явлений гидроцефалии. Провоцируют появление церебрастенических состояний интоксикации, инфекционные заболевания и особенно часто повторные черепно-мозговые травмы.

Церебрастения характеризуется резко выраженной психической слабостью, раздражительностью, головными болями, головокружениями, расстройствами сна, колебаниями настроения, повышенной психической утомляемостью, легкой физической истощаемостью, нарушением сосредоточения, расстройствами памяти, а в некоторых случаях и психосенсорными расстройствами.

Описаны декомпенсации невротического типа и психические декомпенсации психопатоподобного типа: с преобладанием эмоционально-волевой неустойчивости, с преобладанием аффективной возбудимости, с преобладанием патологии влечений (Лебединская К. С., 1979).

Невротические расстройства. Невротическое расстройство – реакция личности на неблагоприятную жизненную ситуацию. Это психогенное (как правило, связанное с переживанием конфликтов) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся расстройством нервно-вегетативных функций.

Тенденцию к появлению невротических расстройств обнаружил у олигофренов W. Kretschmer (1959).

Г. Е. Сухарева (1965) условием возникновения невротических синдромов у умственно отсталых детей считает не резко выраженный интеллектуальный дефект и относительно сохранную эмоциональность, изолированность от детского коллектива, неспособность овладения общеобразовательной школьной программой и т. д.

Осложненная беременность матерей умственно отсталых детей и аномально протекающие роды вносят свою лепту в создание у них предрасположения к невротическим расстройствам. Часто переносимые интеллектуально неполноценными детьми соматические заболевания создают благоприятный астенизирующий фон, способствующий возникновению невротических расстройств.

В происхождении и оформлении клинической картины неврозов большое значение приобретают преморбидные особенности личности. У подавляющего большинства детей в происхождении умственной отсталости участвуют последствия перенесенных органических повреждений головного мозга – психопатоподобные нарушения личности (неустойчивость,

вспыльчивость, эмоциональная лабильность и др.). Эти черты личности наряду с интеллектуальной неполноценностью еще больше затрудняют приспособительные возможности индивида и увеличивают и без того повышенный риск возникновения невротических расстройств. Психические травмы в детстве (потеря родителей, отвержение), болезнь родителей, длительная разлука с ними, конфликты между близкими людьми создают продолжительные стрессовые ситуации и вызывают невротические расстройства.

Из социальных факторов в этиологии неврозов умственно отсталых детей самый важный – неблагоприятная обстановка в семье (развод, внебрачное рождение, воспитание приемными родителями). Предрасполагают к заболеванию материнская депривация, чрезмерная опека, необычная строгость или безнадзорность, а также развращающее половое воспитание.

Невротическое расстройство (*неврастения*) – нередко следствие истощения нервной системы из-за чрезмерного и длительного физического или умственного напряжения, связанного с отрицательными эмоциями. У умственно отсталых детей такая ситуация создается обычно при поступлении в общеобразовательную школу. При обучении в первых классах они не только не справляются с учебной нагрузкой, но и нередко становятся объектом насмешек со стороны сверстников и чрезмерного давления со стороны взрослых. В основе этого невротического расстройства лежит раздражительная слабость, повышенная возбудимость и утомляемость, которые сочетаются с понижением общего самочувствия. Она проявляется повышенной истощаемостью, постоянной усталостью, сниженной продуктивностью, раздражительностью, неспособностью получать от чего-либо удовольствие, головными болями, головокружениями, чувством внутреннего напряжения, нарушениями сна (трудностями засыпания и сонливостью днем).

У детей обычно преобладают явления перевозбуждения (повышенная реактивность, психомоторное беспокойство), аффективные вспышки с двигательным возбуждением, агрессией. У некоторых из них на передний план выступают вегетативно-соматические расстройства: анорексия, тошнота, расстройство ритма дыхания, кашель, спазм голосовой щели, неприятные ощущения в сердце, обмороки.

Нередко у умственно отсталых детей и подростков развивается *истерия*, формирование симптоматики которой основано на повышенной эмоциональности и внушаемости. Так как умственно отсталые дети и подростки отличаются несамостоятельностью и особенной внушаемостью, то и риск

возникновения у них кратковременных истерических реакций или истерии очень высок. Заболевание обычно развивается остро, как правило, в непосредственной связи с переживанием неблагоприятных обстоятельств, которые складываются чаще всего из-за завышенных требований окружающих и невозможностью выполнить эти запросы. Нередкая ситуация у умственно отсталых подростков, приводящая к развитию истерического невроза, – обстоятельства привлечения к ответственности за совершение антисоциального или даже противоправного действия (кражи), за которое необходимо нести ответственность.

В происхождении истерических расстройств большую роль играет механизм «бегства в болезнь», условной приятности, выгоды или желательности болезненного симптома. Симптомы истерии очень разнообразны и изменчивы даже у одного и того же больного. Проявления истерии могут быть психическими (утрата воспоминаний, страхи, ипохондрические проявления, сужение сознания), моторными (параличи, парезы, нарушение походки, судорожные припадки, гиперкинезы, спазмы, афония, мутизм), сенсорными (слепота, глухота, гипо-и гиперестезии) и вегетативно-соматическими (нарушения сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы). Обычно жалобы демонстративны. Больные подчеркивают необычность, тяжесть, непереносимость болезненных явлений. Встречаются также острые аффективные вспышки, сопровождающиеся психомоторным возбуждением и сужением сознания («истерические припадки»), провоцирующиеся конфликтами. Движения, возникающие в этих случаях, напоминают тонические и клонические судороги, они сопровождаются криками, стенаниями, плачем. Предпосылкой возникновения истерической симптоматики у умственно отсталых индивидов могут явиться органические психопатоподобные черты личности истероидного типа.

Невротическое расстройство, возникающее по механизмам, близким к таковым при *неврозе навязчивых состояний*, встречается у умственно отсталых редко. Основной его признак – навязчивые состояния, т. е. внезапно появляющиеся мысли, страхи или действия, не связанные с содержанием сознания и потому воспринимаемые больными как чуждые, эмоционально неприятные. Свойственное симптому критическое отношение к переживаниям может не появиться, и потому у больного не возникает борьба с навязчивостями.

В основе происхождения этого невротического расстройства – конфликт, возникший из-за противоречий между влечениями,

желаниями и потребностями личности, с одной стороны, и долгом или нравственными принципами (как правило, навязываемыми авторитетными фигурами) – с другой. У умственно отсталых индивидов в связи с их неспособностью производить анализ своих переживаний обычно столь сложные расстройства не выявляются. Симптоматика оказывается рудиментарной. Она выступает скорее в виде насильственных явлений, которые лишены элементов осознания переживаний и в связи с этим борьбы с ними. В клинической картине могут наблюдаться страхи или такие симптомы, как элементарные движения или действия – грызение ногтей, сосание пальцев, счет или более сложные защитные ритуалы (сплевывание, прикосновения к каким либо предметам, постукивания и т. д.).

Как правило, невротические расстройства у умственно отсталых детей и подростков отличаются моносимптомностью, при них чаще всего поражаются ослабленные болезнями или недостаточно сформировавшиеся органы и системы. В клинической картине очень большое место занимают соматовегетативные проявления, различные формы нарушений поведения, при которых растормаживаются более примитивные способы приспособления (нарушаются пищевое, самозащитное поведение).

У умственно отсталых детей и подростков нередко обнаруживаются нарушения соматических функций, которые возникают в связи с перенесенными жизненными трудностями (психосоматические расстройства).

Психосоматические (соматоформные) расстройства – расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов. Наряду с психотравмирующими обстоятельствами участвует значительное число факторов:

1. **Острый или хронический стресс:** недостаточно защищающее, а иногда и вовсе неадекватное семейное воспитание, ранняя утрата семьи, воспитание в закрытых учреждениях; трения с соучениками, непонимание со стороны педагогов, несоответствие способностей школьным программам, агрессивность асоциальных сверстников и др. Патогенность стресса зависит от взаимоотношений стрессора и индивида в той или иной социальной ситуации, от защитных механизмов личности ребенка и его организма.

2. **Накопление эмоционального напряжения,** т. е. следов аффектов, создающих отрицательный эмоциональный фон и приводящих к повышенной чувствительности к стрессорам.

3. **Генетический фактор** имеет большое значение в

происхождении психосоматических заболеваний.

4. *Факторы предрасположения*, например неоднократное переживание кризисных ситуаций делает еще более чувствительными умственно отсталых субъектов к трудным жизненным ситуациям.

5. *Преморбидные особенности личности*, например повышенная тревожность, которую умственно отсталые не умеют выразить словами и получить облегчение (алекситимия); низкий уровень самоуважения, плохая переносимость фрустраций.

6. *Неблагоприятная микросоциальная среда*, например семья, характеризующаяся запутанностью социальных ролей, сверхзащитой, ригидностью в поведении и неумением разрешать конфликты.

7. *Неблагоприятное психическое состояние в момент действия стрессора*, например отсутствие социальной поддержки со стороны близких людей или товарищей, беспомощное положение умственно отсталого.

8. *Большая субъективная значимость стрессора*, например чрезмерное переживание умственно отсталым ребенком даже кратковременного отсутствия матери на фоне постоянного опасения ее лишиться.

Реактивные состояния (депрессии). Авторы отмечают склонность умственно отсталых индивидов к реактивным депрессиям (Юркова И. А., 1967). Многие умственно отсталые дети (43 %) с трудом переносят свое положение учащихся коррекционной школы. Особенно это относится к девочкам в периоде полового созревания (27 %), а также к детям, которые проводят часть дня в семье. Реже (6 %) встречаются более сложные случаи реактивных состояний (Блюменфельд С. с сотр., 1971).

Наблюдавшие психогенные реакции у олигофренов описали встретившиеся им синдромы: псевдодеменцию, истерические расстройства, депрессию, ступор – и указали на особенности их проявления: бедность и скудность психопатологической продукции, монотонность и длительность течения (Введенский И. Н. и Хейф М. С., 1940).

Атипичность реактивных состояний проявляется в том, что в их клинической картине преобладают явления заторможенности (страха) и бедность симптоматики, они носят затяжной характер, не обнаруживая в течение длительного времени каких-либо изменений (О. Е. Фрейеров, 1964).

Чаще всего психогенные расстройства наблюдаются у детей и подростков с астенической формой умственной отсталости. У детей и подростков со стенической формой умственной

отсталости кратковременные психогенные реакции проявляются главным образом в нарушениях поведения: побегах, аффективном возбуждении и двигательном беспокойстве. Большинство из них угрожают покончить жизнь самоубийством или даже, что чаще, демонстративно совершают суицидальные попытки. У меньшей части отмечаются либо неглубокие и кратковременные периоды снижения настроения, либо псевдодеменция.

Задания для самостоятельной работы

Контрольные вопросы

1. Невроз у детей с умственной отсталостью

а. Реакция личности на неблагоприятную жизненную ситуацию.

б. Реакция личности на соматическое заболевание.

в. Астеническое состояние любого происхождения.

2. Неврастения у детей с умственной отсталостью

а. Раздражительная слабость, повышенная возбудимость, снижение самочувствия, повышенная истощаемость психогенного происхождения.

б. Диссоциативное расстройство движений и ощущений, симптоматика которого основана на повышенной эмоциональности и внушаемости.

в. Основной признак этого заболевания – наличие навязчивых состояний.

3. Истерия у детей с умственной отсталостью

а. Раздражительная слабость, повышенная возбудимость, снижение самочувствия, повышенная истощаемость психогенного происхождения.

б. Диссоциативное расстройство движений и ощущений, симптоматика которого основана на повышенной эмоциональности и внушаемости.

в. Основной признак этого заболевания – наличие навязчивых состояний.

4. Невроз навязчивых состояний у детей с умственной отсталостью

а. Раздражительная слабость, повышенная возбудимость, снижение самочувствия, повышенная истощаемость психогенного происхождения.

б. Диссоциативное расстройство движений и ощущений, симптоматика которого основана на повышенной эмоциональности и внушаемости.

в. Основной признак этого заболевания – наличие навязчивых

состояний.

5. Особенности неврозов у детей с умственной отсталостью

а. Нет никаких возрастных особенностей.

б. Моносимптомность, поражение ослабленных и недостаточно сформировавшихся систем, преобладание соматовегетативных проявлений, нарушения поведения.

в. Более легкое течение.

6. Мутизм у детей с умственной отсталостью

а. Врожденное недоразвитие речи.

б. Отказ от ответной и спонтанной речи.

в. Отсутствие звучной речи при сохранности шепотной.

7. Афония у детей с умственной отсталостью

а. Нарушение речи при локальном поражении головного мозга.

б. Отказ от ответной и спонтанной речи.

в. Отсутствие звучной речи при сохранности шепотной.

8. Астения у детей с умственной отсталостью

а. Снижение настроения, психическая и моторная заторможенность.

б. Отсутствие эмоциональных проявлений, вялость, безразличие.

в. Раздражительность, возбудимость, слабость, утомляемость, истощаемость, эмоциональная лабильность.

9. Аффективно-респираторные судороги у детей с умственной отсталостью

а. Малые припадки.

б. Любые детские припадки.

в. Психогенные приступы потери сознания, возникающие на фоне расстройств дыхания и иногда сопровождающиеся судорогами.

10. Невротический ритуал у детей с умственной отсталостью

а. Непроизвольное действие.

б. Защитное навязчивое действие, выполняемое вопреки воле больного.

в. Повторяющееся движение.

Темы рефератов

1. Невротические расстройства у детей с умственной отсталостью легкой степени.

2. Невротические расстройства у детей с умственной отсталостью тяжелой степени.

3. Особенности этиологии неврозов у подростков с умственной отсталостью.

4. Декомпенсации состояний умственной отсталости.

5. Психогенные расстройства у умственно отсталых подростков.
6. Психогенные депрессии у умственно отсталых детей.
7. Условия, способствующие возникновению психогенных расстройств у детей с умственной отсталостью.
8. Виды неврозов у умственно отсталых подростков.

<i>Литература</i>

Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Изд-во Ин-та психотерапии., 1999.

Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение. Л.: Медицина, 1977.

Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. СПб.: Союз, 1998. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995.

Глава 14

Развитие умственно отсталых детей и подростков

Авторы недалекого прошлого Э. Крепелин (1915), В. Штротмайер (1926) и др. рассматривали недоразвитие умственно отсталых лиц как стойкий дефект.

Несколько раньше И. П. Мержеевский (1880) пришел к выводу, что и при состояниях «идиотизма» возможны случаи улучшения, обусловленные компенсаторными механизмами.

Л. С. Выготский (1934) не только признавал у детей с умственной отсталостью возможность изменений психики, но и считал, что движущей силой, определяющей развитие ребенка, являются актуальный уровень активности и зона их ближайшего развития.

На основании психометрических данных обнаружено, что у 80 % лиц, определявшихся как умственно отсталые, в дальнейшем отмечается значительное клиническое улучшение (О'Коннор Н., Тизард Дж., 1956).

У умственно отсталых детей развитие идет в той же последовательности, что и у нормальных детей, но дети с некоторыми формами психического недоразвития проявляют силу и слабость не в тех сферах психики, что не отстающие в развитии дети.

У нормальных детей наблюдается универсальный порядок развития психики. Например, если следовать Пиаже, то познавательное развитие проходит несколько стадий: сенсомоторную, преоперациональную, конкретных и формальных операций. Сходная последовательность была найдена и у умственно отсталых детей при решении многих задач. Такие последовательности отмечены во многих областях: познавательной сфере, символической игре, языковой грамматике и прагматике.

Структура развития у умственно отсталых детей такая же, как и у нормальных детей. Дети с органическими формами умственной отсталости обнаруживают своеобразие интеллектуальных проявлений: силу одних когнитивных проявлений и слабость других. Например, умственно отсталые слабее в выполнении заданий на последовательности в сравнении с таковыми на симультанную деятельность (т. е. гештальт, целостность).

Дети с умственной отсталостью развиваются медленнее, чем нормальные дети. У детей с умственной отсталостью из неспецифических групп устойчивый темп развития обнаруживается после ранних детских лет.

Период замедленного развития связан с возрастом или с трудностями задач. Возрастное замедление отмечено у детей со специфическим типом умственной отсталости в течение определенного возрастного периода. Например, мальчики с хрупкой X-хромосомой имеют устойчивый темп развития до 9—10 лет, после чего развитие замедляется.

Другой тип замедлений связывают с особенными трудностями выполнения задач развития. Эта задержка темпа встречается в разном возрасте. У тинэйджеров с синдромом Дауна медленнее развивается экспрессивная, чем рецептивная речь. В результате у этих детей и возрастные, и связанные с решением задач замедления развития достигают наивысших показателей IQ в течение первого года жизни.

Эволютивная динамика у детей с легкой степенью умственной отсталости с 6 мес. до 4 лет была изучена посредством наблюдения и с помощью методик Г. В. Пантюхиной с соавт., А. Ю. Панасюка, Л. А. Бударевой, Стенфорд-Бине и Денверского скринингового теста (Попов В. Н., 1998).

В первые месяцы жизни у 1/3 этих детей отмечаются периодически возникающие отрицательные эмоции (монотонный плач). У них бедная, невыразительная мимика. В ответ на обращение взрослого у них появляется блуждающий, ничего не выражающий взгляд, кратковременно сосредоточивающийся на лице говорящего. Двигательная активность – низкая. В 3 мес. только некоторые удерживают голову, лишь в 4 мес. это удается уже более 2/3. В 4,5 мес. только отдельные дети самостоятельно переворачиваются со спины на живот, в 6 мес. – половина. Никто самостоятельно не сидит. Голосовые реакции у всех тихие, однообразные. Отмечаются признаки эмбриопатии, неврологическая симптоматика и отставание физического развития.

К концу 6 мес. развитие моторики у детей отстает от нормы на 3 мес., зрительные и слуховые ориентировочные реакции – на 4 мес. У всех детей отсутствуют эмоциональные реакции, социальное поведение, действия с предметами. Развитие эмоциональной сферы, тонкой моторной координации, понимания и активной речи запаздывает на 5 мес. Нет ситуативно-личностного общения с взрослым.

В возрасте 6—12 мес. дети почти не проявляют интереса к окружающей их обстановке. Погремушки на короткое время

вызывают у них зрительное и слуховое сосредоточение. Вложенной в руку игрушкой размахивает, не рассматривая, тянет ее в рот, а затем бросает в сторону, теряя интерес. К году более чем у 3/4 детей наблюдается недостаточно выраженный комплекс оживления. На обращение взрослых реагируют невыразительной улыбкой, хаотичными движениями ног и рук, нечленораздельными звуками. Никто не улавливает интонацию речи взрослых, не узнает голоса знакомых, не реагирует на свое имя. Никто не может подражать звукам, а также движениям (хлопанье ладошками). К 7 мес. более 2/3 детей самостоятельно переворачиваются со спины на живот и обратно, а к 11,5 месяцам это делают все. В 8 мес. первые дети самостоятельно сидят, а к 12 мес. этот навык у 2/3 детей. В 11 мес. отдельные дети пытаются самостоятельно стоять, спонтанно произносить отдельные слоги.

Развитие детей в 6—12 мес. неравномерно и отстает от нормы. На 3—7-й мес. задержано развитие моторики и элементарных навыков. На 8—10-й мес. отстают зрительные и слуховые реакции, координация рук, эмоционально-поведенческая сфера и речь. У 3/4 детей имеется неврологическая симптоматика.

К концу 1 года развитие моторики отстает на 3—6 мес., а навыков и умений – на 6—7 мес. Зрительные и слуховые ориентировочные реакции запаздывают на 8—9 мес. Эмоционально-социальная сфера, координация рук и речи задержаны на 9—10 мес. Более чем у 2/3 детей появляются стремления к движениям.

В 1,5 года все дети самостоятельно сидят, 2/3 малышей самостоятельно стоят, все стоят к 2 годам. В 13 мес. отдельные дети делают первые шаги. Почти все ходят в 2 года. 50 % детей в 2 года ходят по дорожке шириной 30 см и перешагивают через палку. 1/4 малышей поднимаются по лесенке высотой 1 м, бросают мячи в корзину.

В возрасте 2 лет 2/3 детей самостоятельно едят. 1/4 малышей после повторения просьбы подают предметы. Более 1/3, подражая, имитируют звуки, слоги и движения («ладушки»). 2/3 детей рассматривают игрушки, манипулируют ими (снимают кольца с пирамидки). У всех детей в 1,5 года появляется комплекс «оживления» (к 2 годам он исчезает у 1/4 детей). В 1,5 года только 2/3 произносят слоги, а к 2 годам с этим справляется 3/4 детей. В 20 мес. отдельные дети озвучивают первые слова, а к 2 годам – половина малышей. К 1,5 годам лексикон составляет 20 слов, к 2 годам – 50 слов.

К концу 2-го года дети отстают в психомоторном развитии. Развитие грубой моторики задерживается на 7—13 мес.,

формирование навыков и умений – на 6–12 мес., развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций – на 15–19 мес., речи – на 13–17 мес. Координация рук отстает на 15–18 мес., а эмоционально-социальная сфера – на 16–19 мес. Психометрические методики квалифицируют в это время развитие детей как легкую умственную отсталость. Появляется необходимость в движении, общении. Овладевают ходьбой, простейшими навыками, ситуативным общением с взрослыми. Появляются манипуляции с предметами. Формируется речь.

К 3 годам почти все поднимаются по наклонной доске, входят на скамейку, перешагивают через палку. Все поднимаются по лестнице высотой 1,5 м, бросают на расстоянии мячи в корзину. Все дети 3 лет выполняют простейшие поручения (подают предметы). Почти все имеют элементарные представления о величине предметов, о некоторых геометрических фигурах (квадрат, круг). Все дети едят любую пищу, просятся на горшок. Умеют частично раздеваться и одеваться. 3/4 детей в игре подражают действиям, воспроизводят их после разучивания. 1/4 детей в своей игре повторяют последовательные действия. 50 % – понимают несложный сюжет на картинке или короткий рассказ о происшедших событиях, отвечают на вопросы. 1/3 детей обобщают предметы (игрушки, одежда). Более 2/3 детей показывают 1–3 части тела человека. В 2,5 года все произносят слоги. 2/3 из них в 2 года 3 мес. произносят слова, и лишь в 3 года это делают все. В 2 года 4 мес. отдельные дети пользуются речью из 2–3 слов, а к 3 годам ею владеют 50 %. Ни у кого из 3-летних детей речь еще не становится основным средством общения. Она лишена эмоциональной выразительности, лексикон – не более 100 слов.

К концу 3 года психомоторное развитие отстает на 12–20 мес. Более развиты грубая моторика и самообслуживание (на 12–15 мес.). Меньше развита игровая деятельность, сенсорика и речь (на 14–20 мес.). Дети овладевают ходьбой, развивается предметная деятельность, формируется речь (импрессивная). Расширяются контакты с внешним миром, появляются элементы самостоятельности, возникает понимание свойств знакомых предметов и умение обращаться с ними. Они овладевают навыками самообслуживания. Формируется игра как отражение деятельности взрослых. У 3/4 детей имеется неврологическая микросимптоматика.

К 4 годам все ходят по наклонной доске, вступают на скамейку, перешагивают через палку, поднимаются по гимнастической стенке. Бросают мяч в корзину. Все аккуратно едят пищу. Самостоятельно одеваются и раздеваются, моются с

мылом. 1/3 приобретает элементы трудовых навыков (накрыть стол).

В игре появляется взаимосвязь поступков. Кормят куклу и укладывают ее спать. Понимают несложный сюжет на картинке. Отвечая на вопросы, составляют короткий рассказ о происшедших событиях. Обобщают знакомые предметы (игрушки, посуда) по существенным признакам. Знают геометрические формы: шар, куб, кирпич, пирамида; различают 4 цвета и подбирают по образцу предметы.

Все дети к 4 годам 3 мес. пользуются речью из 2–3 слов. У 1/4 из них речь становится основным средством общения, однако она еще недостаточно эмоционально дифференцирована. Словарный запас – до 200 слов.

Развитие детей неравномерно. Меньше отстает формирование грубой моторики, навыков самообслуживания, сенсорной сферы (на 18 мес.). Игровая деятельность задержана на 18–24 мес. Она – отражение деятельности взрослых. Конструктивная и изобразительная деятельность не развивается. Результаты психологических методик – к концу 4 лет отставание в психомоторном развитии на 18–29 мес. На 27–29 мес. задержано развитие экспрессивной и меньше – импрессивной речи. Психометрические методики оценивают развитие как соответствующее легкой умственной отсталости.

Темп психического развития к 4 годам замедляется. Сферы психомоторного развития в разных возрастах находятся в разных соотношениях, то обгоняя, то отставая. *Отставание детей от нормы к концу 4 лет на 18–29 мес.* (на 6–9 мес. больше, чем к концу 3 лет). За 4 года – отчетливые сдвиги в развитии. Заметно стремление к самостоятельности и возросшая активность. Дети овладевают элементами труда, самообслуживания и помощи взрослому. Улучшается развитие речи детей (импрессивной). У всех нерезко выраженная неврологическая симптоматика. Физическое развитие – дисгармонично и ниже среднего уровня.

Таким образом, у легко умственно отсталых детей отмечается позднее появление спонтанного лепета. Задерживается появление первых слов. Построение двусловного предложения затягивается на несколько лет. Отсутствует самостоятельность в речевом творчестве. Имеется стойкое фонетическое недоразвитие, доминирование в речи имен существительных, недостаточное употребление слов, обозначающих действия, признаки и отношения. Понижена речевая активность. Речевое общение отличается бедностью. К 4–5 годам лишь побудительная функция слова – сигнал к действию. Речь не опосредует естественного подражания. Это вызывает существенное отставание в

формировании поведения и его речевого сопровождения. На 1-м году умственно отсталые дети не фиксируют взор на предмете и на своей руке, не следят за движущимся объектом, у них задерживается формирование совместных, взаимообусловленных действий зрительно-моторной связи. Неполноценно развиваются и более сложные межсенсорные связи. Снижен эмоциональный отклик на обращение взрослых. Комплекс оживления отсутствует или угнетен. Отсутствие узнавания матери. Мимические движения взрослого непонятны. Предметных действий нет. Недоразвитие мелкой моторики сочетается со скудостью начальных речевых проявлений. Рука долгое время остается бездействующей, нерабочей, не участвующей в освоении предметной действительности. Пальцевой захват недостаточен, не сформированы повороты, сопоставления, накладывания, вталкивания. Не возникает лепет, вплетенный в ситуацию, жесты, мимические реакции. Задерживается становление языка как важнейшего личностного качества. Все это, вместе взятое, позволяет диагностировать отставание психомоторного развития в раннем возрасте даже у легко умственно отсталых детей.

Ребенок 5 лет психически более развит. 70 % ребят воспроизводят от 1 до 3 цифр, а 30 % – 4 цифры (в норме в 2 раза больше). 20 % детей запоминают фразу из 6 слов. В то же время они не воспроизводят текст из 35 слов, искажают его, подменяют слова, забывая 2–5 фрагментов из 6, не понимая при этом смысла. Наводящие слова не помогают. Только 16 % знают свой полный адрес. Родителей по имени называют. Пятая часть детей называют имена воспитательниц. Никто из них не знает дня своего рождения (в норме – 66 % знают). Только треть детей называет свой возраст правильно, четверть – не знают его вовсе. Не находят или путают те картинки с фруктами или буквами, которые требуется показать по заданию. Изображение для них не звучит как слово или звук. Они знают 2–3 буквы или ни одной, в то время как нормальные дети называют уже 12–28 букв. Две трети детей усваивают названия 2–3 цветов (в норме – 7). Они быстро забывают запечатленные в опыте 8 цветов. Они перечисляют только 2–4 предмета из посуды, одежды или мебели, тогда как нормальные дети называют 5 – 10 и иногда 20 (Исаев Д. Н., Поппе Г. К. и др. 1976).

Психическое развитие умственно отсталых детей 7 лет больше всего отличается от 5-летних по таким показателям вербальной шкалы, как выполнение заданий на осведомленность, понятливость, сложение фигур (их оценки в 2 раза хуже, чем у здоровых детей). Счетные операции на конкретном материале у них не получаются, простые аналогии не удаются, отсутствуют

обобщающие понятия, а лексикон в 3 раза меньше, чем у здоровых детей. Они примитивно ориентируются в житейской ситуации. В этом возрасте в интеллектуальном функционировании не наступают качественные сдвиги так, как это происходит у здоровых детей. Мышление остается конкретным, лишь незначительно расширяется его влияние на другие стороны психики. Большой скачок делает зрительно-моторная координация. Появляются счетные операции на конкретном материале. Значительные изменения происходят позже, не между 5 и 6-м, как в норме, а между 6 и 7-м годами.

В сравнении с нормально развивающимися детьми развитие зрительной памяти отстает, она хуже в 20 раз, а зрительно-слуховая – в 2 раза. Запоминание 5 цифр требует в 10 раз больше повторений. Запоминание фразы (6 слов) становится возможным лишь после 5 повторений. Краткий текст не запоминается. Долговременная память ухудшена в 10 раз. Внимание грубо расстроено, оно почти в 20 раз хуже. Работоспособность резко замедлена, быстро наступает истощение.

Слух на высокие тона по данным аудиометрии снижен. Не развито восприятие формы предметов – нет зрительного соотношения форм.

Развитие высших чувств ограничивается рудиментами коммуникативных эмоций, т. е. желанием общаться со сверстниками. Эмоции жалости, самоутверждения имеются лишь у 1/4 детей. Поведение определяется только конкретной ситуацией.

Внимание 7—9-летних детей с умственной отсталостью легкой степени от внимания 5—6-летних отличается уменьшением числа ошибок (56 % и 90 %), неспособностью завершить выполнение задания (10 % и 50 %), большей частотой пропусков знаков (33 % и 87 %), пропуском строк. 7—9-летние умственно отсталые дети в сравнении со здоровыми детьми 5—6 лет совершают: 56 % ошибок против 8 % ошибок у здоровых, 33 % пропусков против 6 %, больше затрачивают времени на выполнение задания.

Кратковременная память позволяет только 10 % умственно отсталых детей 5—6 лет воспроизвести из 10 слов максимально 7—8 слов, остальным удастся на много меньше (42 % здоровых детей 5—6 лет воспроизводят 9—10). В 7—9-летнем возрасте уже 6,7 % умственно отсталых воспроизводят 9—10 слов, а в 11—14 лет 30 % умственно отсталых детей воспроизводят 9—10 слов.

Зрительная память (запоминание картинок из 15) характеризуется правильным отстроченным ответом у 79 % здоровых детей 5—6 лет, у 30 % умственно отсталых 5—7 лет и у

98 % 8–10 лет. Непроизвольное запоминание у здоровых – 100 %; у умственно отсталых 5–6 лет – 2,8 %; у умственно отсталых 8–10 лет – 7,5 %.

Произвольное и смысловое запоминание серьезно нарушено у умственно отсталых учеников, только 30 % (8–10 лет) пользуются им. Умственно отсталые дошкольники ассоциативной памятью пользоваться не могут (у здоровых дошкольников она проявляется в 100 % случаев).

С возрастом улучшается и долговременная память. 53 % умственно отсталых детей 5–6 лет не знают своего адреса (здоровые – только 6 %). В 7–8 лет уже осведомлены об этом 50 %, а в 11–14 лет – 30 % исследованных.

Дозированная работа выполняется различно в разных возрастах. Показатели треметрии выявляют их связь с возрастом. Динамография была лучше у старших детей. Существуют корреляция между качественным своеобразием психики и функциональными возможностями умственно отсталых детей и зависимость этих показателей от возраста (Исаев Д. Н., Поппе Г. К., Дьяченко Н. В., 1976).

Изучены интеллект, самосознание и социальная адаптация детей с легкой степенью умственной отсталости 8–12 лет. Обнаружено, что перестройка межфункциональных структур происходит в возрасте 8–10 лет и 10–12 лет (Лычагина Л. И., 1987).

Оценка динамики производилась спустя 5–9 лет после первого исследования, т. е. у подростков в возрасте 16–18 лет. У подростков в сравнении с 8–12-летними детьми увеличиваются показатели вербального, невербального интеллекта, но они не превышают границ легкой умственной отсталости. Увеличились показатели по субтесту «Словарь» и снизились по субтесту «Арифметика». Улучшились по субтестам «Последовательные картинки», «Сложение фигур» и «Кодировка». Таким образом, психическое развитие происходит за счет расширения лексикона и умения вербализовать свои мысли, развития логического мышления, формирования способностей по частичной, разрозненной информации создавать целое, а также улучшения зрительно-моторной координации и оперативной памяти.

В этом возрасте IQ 50–80. Чем более выражен дефект у индивида с легкой умственной отсталостью, тем меньше вероятность его эволютивного развития. Подростки с выраженной и с глубокой «дебильностью» не имели положительной динамики. В 62,5 % случаев с возрастом обнаруживается снижение интеллекта.

Остановка в развитии и регресс психики связаны как с

глубиной поражения мозга, так и с особенностями «эмоционального существования» ребенка на протяжении всей жизни. Прежде всего это различные формы неприятия умственно отсталого ребенка в семье (Джеймс М., Йонгвард Д., 1970).

Помехой развитию детей могут оказаться и родители, ищущие подтверждения ошибочности диагноза. Детей натаскивают на то, чтобы они могли показать себя с лучшей стороны, детей обучают по программе массовой школы. Формируется ущербный «Я-образ», закрепляются чувства неуверенности, робости, тревожности. В этом случае когнитивный канал не свободен от влияния эмоционального состояния, которое тормозит функционирование интеллекта.

У большинства умственно отсталых подростков имеется недостаточность эмоциональной чувствительности к психическим состояниям других лиц, недоразвитие эмпатии и, следовательно, беспомощность в межличностных отношениях, неспособность почувствовать душевное состояние другого человека, понять свое место в системе человеческих взаимоотношений. Отчасти этим можно объяснить их эмоциональные неадаптивные реакции и формы поведения.

Сопоставление темпов развития интеллектуальных функций у легко умственно отсталых детей с таковыми у здоровых ровесников показывает, что у первых формирование функций интеллекта и особенно речи протекает значительно медленнее, чем у вторых. Тот путь в развитии, который здоровые дети проходят за 4 года (от 5,5 до 9,5 лет), умственно отсталые дети – за 6 лет (от 8 до 14 лет).

Анализ структуры интеллекта (совокупности его элементов и их связей) у 8-летних показал, что наиболее значимые функции в развитии – кратковременная и оперативная память, способность выявлять последовательность, а наименее значимые – зрительно-моторная координация и общая эрудиция.

У умственно отсталых детей 11 лет ведущие функции – способность выделять пространственные отношения и зрительно-моторная координация, а наименее значимые – уровень эрудиции, способность к аналогиям и обобщениям.

Умственно отсталые подростки 14 лет отличаются лучшим развитием (по сравнению с другими психическими проявлениями) наблюдательности и способности оперировать числами и худшим развитием кратковременной и оперативной памяти, социальной зрелости.

В процессе роста меняются ведущие функции интеллекта. Роль речи в интеллектуальной деятельности у умственно отсталых детей меньше, чем у нормальных детей. При этом чем

старше умственно отсталый, тем меньше ее роль, что связано с постоянным снижением уровня интеллектуального функционирования.

У всех умственно отсталых детей развитие и функционирование интеллектуальных функций в большей степени зависят друг от друга, чем у здоровых детей. У старших умственно отсталых эта их «сцементированность» выражена больше.

Выявленная жесткая связь всех сфер интеллекта умственно отсталых детей – ограничение для развития каждой из них из-за сильной зависимости от уровня других при воспитательных, педагогических и иных воздействиях среды. Более медленное развитие вербального интеллекта у умственно отсталых детей обусловлено большим ограничением степеней свободы речи, чем манипулятивных функций. Тотальное умственное недоразвитие умственно отсталых детей – следствие более жесткой ограниченности в развитии каждой сферы психики в их умственной деятельности (Исаев Д. Н., Панасюк А. Ю., Орехова Г. И., Пукшанская С. М., 1975).

Возрастное улучшение познавательных способностей у умственно отсталых детей связывают с их воспитанием в семье. Матери умственно отсталых детей в процессе взаимодействия с ними напоминают матерей нормальных детей тем, что упрощают словарь, создают свой семейный язык, повторяют важные слова и организуют окружающую среду для более успешного детского развития.

В то же время матери умственно отсталых детей постоянно и излишне поучают детей, ни на минуту не предоставляя им свободы. Они более часто иницируют формы взаимодействия, навязывают темы разговора, сами говорят за детей, когда их ребенок пытается сам что-то ответить, или же иным способом подавляют его инициативу. Если у отсталого ребенка нет грубых нарушений поведения и если материнский стиль преодоления трудностей лучше сфокусирован на особенностях психики ребенка, то родительский стресс оказывается менее выраженным. А это, в свою очередь, способствует лучшему развитию отсталого субъекта. У детей, чьи матери постоянно руководили их вниманием и действиями, к полутора годам импрессивная речь была менее развита в сравнении с теми детьми, чьи матери только комментировали цели, на которые дети обращали внимание.

Развитие умственно отсталых детей – это компенсация и эволюция возрастного созревания. Позитивные изменения с возрастом выражены тем меньше, чем тяжелее интеллектуальный

дефект. Эффективная педагогическая коррекция, способствующая формированию личности, совершенствованию эмоционально-волевой сферы, способна в 80 % случаев привести к улучшению психического развития умственно отсталых детей (Л. В. Занков, 1954).

Развитие аномального ребенка понимают как сложный процесс, при котором дефект возникает в результате нарушения какого-то звена, необходимого для нормальной психической деятельности. В одних случаях этим дефектным звеном могут оказаться основные свойства нервных процессов: сила, уравновешенность или подвижность. В других случаях это нарушение может касаться какой-нибудь частной психической функции, например зрительного или слухового восприятия. Этот частный дефект может вызвать системные нарушения, которые, в свою очередь, затормозят общее психическое развитие ребенка. Несколько иная динамика выявляется при анализе изменений неспецифичных для умственной отсталости симптомов. Большинство из них, ярко выраженных на начальном этапе обучения детей, отсутствует на более поздних этапах. Достаточного уровня развития в дальнейшем достигают пространственный синтез, моторика, речь детей.

«Вся работа по динамическому изучению детей, проводившаяся на протяжении ряда лет, дает право решительно опровергнуть ошибочные представления некоторых авторов о неизменности клинической картины олигофрении. Полученные данные, напротив, говорят о значительных сдвигах в клинической картине, идущих за счет подлинного развития этих детей». Вместе с тем обнаруживается недостаточность этого развития, характеризующегося сохранением основного симптома олигофрении на всех этапах (Певзнер М. С., Лубовский В. И., 1963).

Основная симптоматика у детей с умственной отсталостью в большей или меньшей степени меняется под влиянием взросления, темперамента, своеобразия эмоционально-волевой сферы и экзогенных факторов: семейного неблагополучия, неспособности к адаптации в коллективе, переживаний из-за неспособности овладеть школьной программой.

Прослежена судьба учеников коррекционной школы в течение 10–20 лет. Обнаружено, что индивиды с астенической формой умственной отсталости в 73 % продолжают обучаться. Большая часть учеников улучшает свою успеваемость, четверть – удовлетворительно успевают. Две трети занимаются по индивидуальной программе. Они не овладевают трудовыми навыками, утомляемы и недостаточно организованны. Будучи

взрослыми, 17,9 % уже трудится на производстве. Часть из них не могут освоить никакую специальность. Некоторые (2,2 %) из-за плохой работоспособности трудятся лишь в лечебно-трудовых мастерских. Эффективность их адаптации зависит от общительности (88,8 %) и примитивных интересов (73 %). У 50 % детей развиваются декомпенсации в форме заострения при сущим черт характера: эмоциональной неустойчивости, раздражительности, утомляемости и т. д. Страдают и когнитивные функции. Все это – показатель недостаточности их компенсаторных возможностей. Развитию декомпенсаций способствуют соматические заболевания и жизненные трудности.

10 % детей с атонической и дисфорической формами умственной отсталости находится в интернатах для инвалидов. Только 1/4 обучается индивидуально, не осваивая программу коррекционной школы, что связано с их поведением и отсутствием психического напряжения. Еще 1/4 находится дома, так как они не способны освоить школьные навыки. Остальные – в интернате для инвалидов. 1/4 подростков находится почти постоянно в состоянии декомпенсации. Более 1/3 таких детей неоднократно госпитализируется.

Половина детей и подростков со стенической формой умственной отсталости обучается в коррекционной школе, занимаясь удовлетворительно и хорошо. Четверть индивидов устидчивы, дисциплинированы, способны трудиться, осваивая профессии или работая без специальности. Большая часть – удовлетворительно адаптирована. Они общительны и имеют свои, хотя и незначительные интересы (Исаев Д. Н. с сотр.).

Таким образом, особенность эволютивной динамики определяется принадлежностью индивида к одной из клинических форм умственной отсталости.

Почти у всех умственно отсталых взрослых по сравнению с подростками увеличивается инициативность, упорядочивается поведение, дифференцированное становится отношение к окружающему. Однако необученными остаются 11, 3 %. Оканчивают коррекционную школу 63,6 % обучающихся; остальные не завершают восьмилетнее образование (7,95 %). 76,2 % молодых людей не имеют инвалидности, 12,6 % – не работают, 2,65 % – находятся в стационаре. Остальные работают (41 % – квалифицированные рабочие). Высокий уровень социальной адаптации у большинства умственно отсталых лиц (58,94 %). У одной трети имеются свои семьи; 6,6 % – состоят в разводе. У 50 % лиц, вступивших в брак, отношения в семье неудовлетворительные. Среднее число детей в пересчете умственно отсталых, имеющих детей, – 1,3 % (Хохлов Л. К.,

Задания для самостоятельной работы

Контрольные вопросы

1. Психическое недоразвитие умственно отсталых лиц – стойкий дефект?

а. Да, психическое недоразвитие умственно отсталых лиц не меняется в течение жизни.

б. Психическое недоразвитие умственно отсталых лиц проходит эволютивную динамику.

в. Психическое недоразвитие умственно отсталых лиц меняется только под влиянием органических повреждений головного мозга.

2. Какова эволютивная динамика состояний умственной отсталости?

а. Развитие умственно отсталых детей – это компенсация и эволюция возрастного созревания.

б. Эволютивная динамика состояний умственной отсталости не существует.

в. Эволютивная динамика состояний умственной отсталости – декомпенсация под влиянием внешних воздействий.

3. Особенности развития умственно отсталых детей к концу 6-го мес.

а. Развитие умственно отсталых детей к концу 6 мес. не отличается от нормы.

б. Развитие эмоционально-социальной сферы, тонкой моторной координации, понимания и активной речи запаздывает на 5 мес.

в. Развитие умственно отсталых детей к концу 6 мес. не зависит от степени интеллектуального дефекта.

4. Особенности развития умственно отсталых детей к концу 1-го года жизни

а. Темп развития умственно отсталых детей сохраняется таким же, каким он был на 1-ом году жизни.

б. Развитие умственно отсталых детей к концу 1-го года не отличается от нормального.

в. Эмоционально-социальная сфера, координация рук и речи задержаны на 9–10 мес.

5. Особенности развития умственно отсталых детей к концу 2-го года жизни

а. Нет никаких особенностей в развитии детей с умственной отсталостью к концу 2-го года жизни.

б. Развитие грубой моторики задерживается на 7—13 мес., навыков – на 6—12 мес., зрительных и слуховых ориентировочных реакций – на 15–19 мес., речи – на 13–17 мес.

в. Особенности в развитии умственно отсталых детей к концу 2-го года жизни возникают лишь при тяжелых заболеваниях или стрессах.

6. Особенности развития умственно отсталых детей к концу 4-го года жизни

а. Нет никаких особенностей в развитии детей с умственной отсталостью к концу 4-го года жизни.

б. Отставание умственно отсталых детей от нормы к концу 4 лет состоит только в запаздывании формирования речи.

в. Умственно отсталые дети отстают от нормы к концу 4 лет на 18–29 мес.

7. Внимание 7—9-летних детей с умственной отсталостью легкой степени

а. Различий между вниманием этих детей и нормой не существует.

б. Внимание этих детей от внимания 5—6-летних отличается уменьшением числа ошибок (в 2 раза), такие дети в 5 раз чаще не способны завершить задание, в 2 раза чаще пропускают знаки.

в. В сравнении с нормой ухудшено лишь произвольное внимание.

8. Кратковременная память 11—14-летних умственно отсталых подростков

а. Кратковременная память 11—14-летних умственно отсталых подростков не отличается от нормы.

б. Кратковременная память в 11–14 лет – лишь 30 % умственно отсталых подростков воспроизводят 9—10 слов.

в. Кратковременная память 11—14-летних умственно отсталых подростков хуже, чем у отсталых детей младшего возраста.

9. Связь эволютивной динамики с возрастом

а. Выражена тем меньше, чем тяжелее интеллектуальный дефект.

б. Нет никакой связи.

в. Выражена тем больше, чем тяжелее интеллектуальный дефект.

9. Определяется ли особенность эволютивных изменений принадлежностью индивида к одной из клинических форм умственной отсталости?

а. Нет, не определяется.

б. Особенность эволютивных изменений состояний умственной отсталости определяется органическими

повреждениями ЦНС ребенка.

в. Особенность эволютивных изменений определяется принадлежностью индивида к одной из клинических форм умственной отсталости.

10. Матери умственно отсталых детей в процессе взаимодействия с ними улучшают эволютивную динамику

а. У детей, чьи матери постоянно руководили их вниманием и действиями, к полутора годам речь была менее развита.

б. Материнское воспитание не влияет на эволютивную динамику.

в. У детей, чьи матери постоянно руководили их вниманием и действиями, к полутора годам речь была более развита.

Темы рефератов

1. Л. С. Выготский и признание возможности изменений психики у детей с умственной отсталостью.

2. Зависимость развития умственно отсталых детей от организации и методики коррекционно-воспитательной работы.

3. Особенности эволютивной динамики умственно отсталых детей первых 3 лет.

4. Факторы, положительно влияющие на эволютивную динамику умственно отсталых детей.

5. Роль матери в развитии умственно отсталых детей.

6. Особенности структуры интеллекта подростков с умственной отсталостью.

7. Социальная адаптация умственно отсталых молодых людей.

8. Клинические формы умственно отсталых индивидов и особенности эволютивной динамики. Работа М. С. Певзнер и

В. И. Лубовского по изучению динамики олигофрении (состояний умственной отсталости) у детей.

Литература

Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995.

Занков Л. В. Вопросы психологии учащихся вспомогательной школы. 1954.

Исаев Д. Н., Поппе Г. К., Орехова Г. И. и др. Возрастная динамика структуры интеллектуальной деятельности // Психосоматическое развитие и норма реакции. М., 1975. С. 56–64.

Исаев Д. Н., Поппе Г. К., Дьяченко Н. В. Возрастные особенности детей-олигофренов и динамика психического

недоразвития // Актуальные проблемы олигофрении. СПб.: Речь, 1975.

Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003.

Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М.: Бином, 2007.

Певзнер М. С., Лубовский В. И. Динамика развития детей-олигофренов. М.: Изд-во АПН, 1963.

Попов В. Н. Динамика психомоторного развития в связи с задачами их абилитации в психоневрологическом доме ребенка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1998.